Lane Medical Library

Über
transitorische Psychosen.

Inaugural-Dissertation

behufs

Erlangung der medicin. Doktorwürde

einer hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Johannes Frei,

prakt. Arzt aus Au (Ct. St. Gallen).

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. L. Wille.

BASEL.

Schweighauserische Buchdruckerei.

1889.

Über
transitorische Psychosen.

Inaugural-Dissertation

behufs

Erlangung der medicin. Doktorwürde

einer hohen medizinischen Fakultät zu Basel

vorgelegt von

Johannes Frei,

prakt. Arzt aus Au (Ct. St. Gallen).

Genehmigt auf Antrag von Herrn Prof. L. Wille.

BASEL.

Schweighauserische Buchdruckerei.

1889.

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN PROF. DR. L. WILLE

AUS HOCHACHTUNG UND DANKBARKEIT

GEWIDMET VOM

VERFASSER.

Über transitorische Psychosen.

Einleitung.

Je nach dem Verlaufe der Krankheiten spricht man in der Medizin überhaupt von morbi peracuti, acutissimi, acuti et chronici. Das gleiche Einteilungsprinzip ist auch in der Psychiatrie praktisch und wissenschaftlich gerechtfertigt und wurden die Psychosen nach dieser Richtung in transitorische, acute, subacute, chronische und periodische eingeteilt. Schon vor langer Zeit wurde die Aufstellung transitorischer Psychosen als selbständiger Krankheitsformen, besonders von *Casper* in seinem Handbuch der gerichtlichen Medizin (Berlin 1871, Bd. I, S. 571—573), beanstandet. Er tat dies deshalb, weil er die Benennung „transitorisch" als überflüssig, unwissenschaftlich erachtete; vor allem aber deshalb, weil er in der Annahme solcher Krankheitszustände eine grosse Gefahr für die forense Medizin erblickte. Ihm gegenüber bemühten sich vor allem *Krafft-Ebing* und *Schwartzer* (letzterer in seiner Abhandlung über die „transitorische Tobsucht", Wien 1880) den Bestand solcher Krankheitsformen durch die Kasuistik sicher zu stellen.

Auf gütige Anregung meines hochverehrten Lehrers, Herrn Prof. Dr. *L. Wille* in Basel, wage ich den Versuch, die transitorischen Psychosen, deren Existenzberechtigung

wohl kaum mehr in Frage gestellt werden dürfte, an Hand einer Anzahl diesbezüglicher Krankengeschichten einer Erörterung zu unterziehen.

Im Auszug lasse ich vorerst sämmtliche Krankengeschichten folgen und daran anschliessend werde ich das Ergebnis derselben in Bezug auf:

I. Begriff, Dauer, Verlauf, Ausgang;
II. Ätiologie;
III. Symptome;
IV. Systematische Stellung

in der kleinen Arbeit niederlegen.

Fall I.

B.-H., 33 Jahre alt, Hausfrau, kommt am 5. Juli 1876 ins Spital. Sie ist gemütlich sehr stark erregt, die Gefühle sind wechselnd. Patientin ist bald lebhaft und freudig erregt, bald zornig, bald wehmütig, weinerlich gestimmt. Zeitweilig steigern sich die Gefühle zur Affekthöhe. Der Vorstellungsablauf ist beschleunigt. Die Kranke erzählt mit ideenflüchtiger Schnelligkeit ihre häuslichen Erlebnisse, ihr Redestrom ist abspringend, kaum zu leiten und zu beeinflussen. In ihrem Eifer kommt sie auf alle möglichen Dinge zu sprechen, sie kann nur schwer und nur für kurze Zeit aufs eigentliche Thema gebracht werden. Logisch und formell spricht sie richtig. Motorisch verhält sich die Kranke ruhig, fährt nur selten lebhaft auf, sie bietet eher das Bild der Starre. Wahnideen, Illusionen oder Hallucinationen finden sich keine vor.

In der Nacht vom 5. auf 6. Juli schreckt Patientin zwei Mal auf, aus Furcht es komme jemand an ihr Bett, um ihr etwas anzutun; sonst verhält sie sich ruhig. Am Morgen erkundigt sie sich nach ihren Kindern und verlangt nach Hause, da sie gesund sei.

Der aufgenommene Status ergibt folgendes: Patientin ist von hoher, schlanker Statur, ziemlich mager. Gesichtsfarbe blass, Blick auffallend stechend, bald mit dem Ausdruck des Wilden, bald des Ängstlichen. Pupillen gleich weit. Facialis-Innervation normal. Zunge stark belegt; vegetative Organe ohne pathol. Befund. Puls gereizt, Temperatur 37,7.

Anamnestisch ergibt sich: Der Vater starb im 50. Jahr an Typh. abdom. Er machte während der Krankheit einen Mordversuch an seiner Frau. Mutter und Geschwister sind gesund. Patientin selbst ist seit dem 16. Jahr menstruirt, anfangs mit, später ohne Molimina. Vom 17. bis 20. Jahr war sie chlorotisch, im 27. Altersjahr machte sie ein vier Wochen dauerndes Schleimfieber mit sehr starken Cerebral-Symptomen durch. Seit 5 Jahren verheiratet

hat Patientin 3 Mal leicht geboren, das letzte Mal am 30. Dezember 1875. Das zweite Kind starb im Mai 1874 an congenitaler Lues. Gleichzeitig hatte die Kranke einen Chancre, ihr Mann corona syphilitica. Patientin hat bis vor 6 Wochen gestillt. Vor 5 Wochen trat die erste, seit gestern die zweite Periode ein, so dass Patientin bei der Aufnahme in menstruatione ist.

Die Kranke hat angeblich ein ruhiges, gutmütiges Temperament, sie will nur etwas empfindlich gegen ihre Familienangehörigen sein. Seit 8 bis 10 Tagen fühlt sie sich müde in Folge starker Anstrengung, hat viel Schlaf, wenig Appetit, Stuhlverstopfung, zeitweilig etwas Kopfschmerz. Die Ursache des heutigen Anfalls sucht die Kranke im Zwist mit einer Hausgenossin und im Schreck wegen ihres Mannes, der als Epileptiker und Trinker häufig sehr aufgeregt und zornig sein soll. Patientin ist bereits am 8. Juli psychisch ganz frei. Appetit und Verdauung bessern sich, die Kräfte heben sich sichtlich. Die Erinnerung an den durchgemachten Anfall ist höchst summarisch. Patientin wird am 1. August geheilt entlassen.

Fall II.

(Epileptiforme Störung, Dämmerzustand.)

B., Elisa, 33 Jahre alt, ledig, kommt am 28. Juli 1877 in die Irrenanstalt mit folgendem Parere:

Patientin fällt seit 14 Tagen auf durch Unruhe, sonderbare Reden. Seit einer Woche spricht sie häufig von Gespenstern, Geistern, sie droht Selbstmord, rennt planlos umher und wird in diesem Zustand von der Polizei aufgegriffen und ins Spital gebracht.

Status. Patientin ist von mittlerer Grösse, mager, blass. Gesicht vorübergehend durch Aufregung und Widerstand gerötet. Puls beschleunigt, Temperatur normal. Patientin wehrt sich hier zu bleiben, verweigert jede Auskunft, antwortet höchstens ein Mal ganz schnippisch: „He! wie alt werd' ich sein?, sagen Sie es!" Ihr Gang ist gut, sie bewegt alle Glieder frei und ohne Schmerz. Den ganzen Tag über bleibt sie sitzend im Bett, ist aber in beständiger Unruhe, zittert stark, sucht das Bett ab wie ein Delirant, legt das Leintuch zusammen, faltet es wieder anders, spukt oft aus, schnäuzt sich, isst hastig, mit Unterbrechungen, antwortet nicht, ausser „sie sei nicht krank."

Vom 28. auf 29. Juli findet die Kranke keinen Schlaf. Sie sitzt wie Tags zuvor mit gesenktem Blick im Bett, immer an dem-

selben herumnestelnd, spricht nicht. Am Morgen spricht sie — stets an der Decke zupfend — etwas mehr, gibt hin und wieder eine richtige Antwort in trotzigem Tone. „He! wo soll mein Heimatschein sein?; wie alt soll ich sein?, Sie wissen es ja; was geht Sie das an?“ u. s. w. Im Verlauf des Tages steht die Kranke auf und isst mit Appetit. Gegen Abend hellt sich ihr Sensorium auf, sie antwortet kurz, aber ruhiger, hat nur Mühe nicht in den trotzigen Ton zurückzufallen. Vom 29. auf 30. Juli schläft Patientin auf 2,0 Chloral gut. Am Morgen steht sie auf, arbeitet, hinkt beim Gehen, klagt über Schmerzen im Hüftgelenk und Knie. Sie weiss nicht, wie lange sie da ist, was für ein Tag es ist, weiss sie hingegen, mit wem sie gekommen, was sie getan. Die Ursache der Erkrankung glaubt sie in Überanstrengung und Not suchen zu sollen. Vom 31. Juli bis 23. August bleibt sich der Zustand annähernd gleich. Patientin gewinnt Krankheitseinsicht, d. h. sie hält sich für genesend. Klagen über Schmerzen in Knie und Hüfte hat sie immer. Am 23. August wird die Kranke entlassen, ohne dass sie sich erinnern konnte, wann sie ins Spital gekommen.

Anamnestisch sind folgende Daten von Wichtigkeit: Der Vater ist Potator, Landstreicher. Die Mutter war geistesgestört, starb vor sieben Jahren an Gliedersucht. Patientin selbst litt vor neun Jahren nach einem Puerperium 6 Monate lang an Peritonitis; lag im Frühjahr 1876 längere Zeit auf der mediz. Klinik an acutem Gelenkrheumatismus, und gleichen Jahres vom 27. Juli bis 18. November an Coxitis auf der chirurg. Abtheilung.

Recidiv am 16. April 1878. Seit 23. August 1877 diente B., Elisa, zur Zufriedenheit bis vor 4 Tagen. Dann begann sie wieder wie voriges Jahr ohne Grund zu deliriren, sah Erscheinungen, sprach von Selbstmord, wurde unruhig, störrisch, versah den Dienst schlecht und soll in der Nacht vom 15. auf 16. April Skandal gemacht haben.

Status. Patientin kommt am 16. April ohne Widerstand ins Spital. Äusserlich ist sie ruhig, offenbar nicht bei sich. Gesicht ist blass, Pupillen mittelweit, gut reagirend, Puls 96, Temperatur normal. Die Kranke benimmt sich ungemein scheu und keusch. In Gesten und Sprache ist sie wie beim frühern Anfall. Auf Fragen antwortet sie ungern, ungenau, scheint auch nicht alles zu verstehen. Sie gibt für den letzten Aufenthalt im Spital eine ganz unrichtige Zeit an. Ausser Schwindel klagt sie nichts. Im ganzen ist die Kranke trotzig, abgeschlossen, widersetzt sich aber keiner Anordnung. Sie putzt oft unappetitlich Nase und Mund. Nach dem Bad isst sie etwas, fängt

bald an zu stricken, spricht mit den andern Patienten nicht, entfernt sich von ihnen, muss zum Nachtessen geführt werden und ist dabei sehr unappetitlich.

Vom 16. auf 17. April schläft Patientin auf 3,0 Chloral bis morgens 4 Uhr; erwacht ohne störend zu sein, lässt kurz vor der Visite grundlos den Urin ins Bett. Sie ist verworren, verstimmt, trotzig, isst nur wenig, arbeitet etwas.

In der Nacht vom 17. auf 18. April lässt sie ungenirt Stuhl und Urin ins Bett, sie kümmert sich um die Vorwürfe der andern nicht. Beim Erwachen ist der Kopf gerötet. Puls beschleunigt, Temperatur normal. Die Kranke verweigert jedes Gespräch, antwortet ganz confus, deckt im Bad sorgfältig ihre Brust. Tagsüber ist sie still und ruhig. Vom 19. an wird Patientin vergnügter, antwortet besser. Ausser zeitweilig congestionirtem Kopf, leichtem Schwindelgefühl und Beinschmerz klagt die Kranke nichts und tritt am 8. Mai aus, mit völliger Amnesie für das Vorgefallene vom 16.—19. April.

Fall III.

(Postepileptische transitorische Psychose.)

W., Luisa, 19 Jahre alt, wird am 7. August 1882 abends ins Irrenhaus gebracht unter folgenden Angaben: Patientin fühlte sich wohl bis 6. August. Am Nachmittag weinte sie viel ohne Ursachen und klagte über Kopfschmerz. Abends 9 Uhr wurde sie im Hof gefunden, bewusstlos, aus Mund und Nase blutend, zeitweilig ganz steif daliegend, die Augen verdrehend, die Zähne fest aufeinander beissend, hin und wieder die Zunge hervorstreckend, sich Haare ausraufend. Nachts 12 Uhr fing sie an zu reden, zu schimpfen, alles wirr durcheinander. Sie wähnte, sie habe Gift bekommen, wollte Locken haben etc. Der Schlaf blieb aus. Am Morgen des 7. August verliess Patientin das Bett, wollte fort, wähnte, sie müsse sterben, hatte überhaupt die gleichen Wahnvorstellungen wie in der Nacht. Abends ins Spital transferirt, verfällt die Kranke gleich in einen stupurösen Zustand, der erst auf ein Bad nachlässt. Hierauf folgen kurz dauernde tonisch-clonische Krämpfe, wobei sich ihre Hände fortwährend beugen und strecken. Nachts hindurch ist die Kranke ruhig und hat sehr viel Schlaf. Am 8. August morgens ist sie wieder nicht bei sich. Während des Untersuches liegt sie ganz bewusstlos, mit geschlossenen Augen im Bett. Die Pupillen sind gleich weit, gut reagirend. Puls beschleunigt. Der Arm bleibt in cataleptischer

Starre in der Stellung, die man ihm gibt, längere Zeit verharren, fällt dann langsam. Bei Wiederholung des Experiments löst sich die Starre rasch. Nachmittags erwacht die Patientin, sie hat keine Schmerzen, fühlt sich wohl, ist bei vollem Bewusstsein, hat aber gar keine Erinnerung vom Momente an, wo man sie im Hofe fand, bis heute Nachmittag (also vom 6. abends bis 8. nachmittags). Patientin bleibt zur weitern Beobachtung bis 26. August im Spital und bleibt während dieser Zeit körperlich und geistig gesund. Die Erinnerung für den Anfall kehrt nicht wieder. Beim Austritt hat Patientin um 2 Kilo zugenommen.

Aus der Anamnese ist folgendes zu entnehmen: Der Vater starb an Pneumonie, die Mutter leidet seit 12 Jahren an heftigen Krampfanfällen während der Menses, mit hystero-epileptischem Charakter. Der Grossvater mütterlicherseits laborirt obenfalls an Krämpfen, mit dadurch bedingter Psychose. Patientin ist also neuropsychopathisch belastet. Sie selbst war nie krank. Seit dem 16. Jahr menstruirt gebar sie vor drei Monaten ausserehelich ein Knäblein ohne ärztliche Hülfe. Sie stillte nicht. Vor fünf Wochen hatte sie zwei Nächte hintereinander schwere Träume, heftige Angst, Männer wollten sie abholen und umbringen. Nachher fühlte sie sich wieder ganz gesund, vergnügt, arbeitsam. Vor fünf Wochen traten starke Menses ein, zum ersten Mal mit erheblichen Rückenschmerzen; am 6. August, als am Tage der Erkrankung, war Patientin wieder in menstruatione. Patientin ist gut entwickelt, zeigt keine Abnormitäten in Gesicht- und Schädelbildung.

Fall IV.

(Angstzustand mit Bewusstseinstrübung bei Hystero-Epilepsie.[2])

K.-K., Em., 32 Jahre alt, wird am 27. Februar 1877, nachmittags 3 Uhr, von ihrem Mann und einer Frau ins Irrenhaus gebracht. Sie ist sehr bleich, zum Umfallen elend, muss beim Gehen gestützt werden. Auf dem Sessel lässt sie den Kopf hängen und regt sich längere Zeit nicht. Während ihr Mann über das Geschehene Auskunft erteilt, erhebt die Frau plötzlich den Kopf, blickt um sich, frägt wo sie sei?, ob sie nicht daheim sei? Anfangs mit schwacher, dann mit lauter Stimme gibt sie Auskunft auf die Fragen. Sie klagt, sie könne sich fast nicht bewegen, fühle Kopfschmerzen und Schwindel.

Die Zunge ist rein, wird gerade herausgestreckt. Kein Händezittern. Über Anamnese erzählt sie nachstehendes: Vater und Mutter sind gestorben, letztere an Apoplexie; Geschwister sind gesund. Patientin litt früher an Peritonitis circumscripta, Gallensteinen mit häufigem Erbrechen, Geschwüren der Vaginal-Portion, und fluor alb. Sie hat vor 11 Jahren ausserehelich geboren. Seit 1877 verheiratet gebar sie drei Kinder. Die Ehe gehörte zu den glücklichsten. In letzter Zeit wurde das Glück getrübt, indem die Frau grundlos ihrem Mann eheliche Untreue vorwarf und Scheidung anstrebte, trotzdem der Mann Beweise hatte, von seiner Frau hintergangen worden zu sein. Sonntag den 26. Februar kam ihr Mann spät abends heim und wurde von der Frau, die eine Stunde vorher die Periode bekommen, mit hässlichen Schimpfwörtern, „volle Sau, Hurenbub", empfangen. Es kam zu heftigem Streit, in welchem der Mann seiner Frau einen Schlag auf die Schläfe versetzt haben soll. Die Frau wurde nun im Bett höchst unruhig, sprang heraus, lief mit blutigem Hemd im Hof herum, schrie über ihre Kinder, wähnte dieselben begraben, wollte sich im Keller verbergen, das Bett anzünden, sah sich von Hühnern verfolgt. Inzwischen hatte sie lucide Momente, in denen sie vom Streit mit dem Manne erzählte, dass er sie geschlagen habe etc. Diese Angaben macht Patientin, indem sie teilweise selbst Wissen davon hat, teilweise erzählt sie nach den Angaben anderer. Vom 27. auf 28. ist der Schlaf unruhig. Beim Erwachen ist die Kranke blass, um die Wangen etwas gerötet, fühlt sich matt; klagt über Ohrensausen, Kopfweh, glaubt, es sei ein spielendes Rädchen im Kopf, das man herausnehmen könne. Puls schwach.

In den folgenden Nächten tritt auf Chloral ordentlicher Schlaf ein. Hingegen klagt Patientin immer noch Kopfschmerz, Schwindel; sie ist weinerlich gestimmt und ergeht sich in grundlosen Klagen über die Untreue des Mannes. Sie will nicht wissen, wie sie krank geworden ist. Vom 3. bis 13. März bleibt sich der Zustand gleich. Patientin tritt aus ohne Erinnerung für die Höhe des Anfalls.

Fall V.

Sch.-D., 33 Jahre alt, wird in der Nacht vom 21. auf 22. Oktober 1878 ins Irrenhaus gebracht. Im Wagen schreit sie laut auf, wehrt sich gegen ihren offenbar betrunkenen Begleiter. Sie ist bei sich, beantwortet die an sie gestellten Fragen, empfindet den Schmerz eines Panaritium. Sie jammert nach ihrem Kind, ohne das sie nicht leben könne.

Anamnestisch macht sie folgende Angaben: Hereditär ist nichts bekannt. Patientin litt anno 1872 an Schleimfieber mit Delirien, anno 1875 an Pneumonie. Sie scheint ein ziemlich bewegtes Leben geführt zu haben, war Kellnerin, Wäscherin, Coiffeuse. Sie hat vor 7 und 6 Jahren ausserehelich geboren; ist seit 2 Jahren mit einem Potator verheiratet und gebar vor 5 Monaten unter grossem Blutverlust. Sie stillte ihr eigenes und gleichzeitig ein anderes Kind bis vor vier Tagen. Vor 2 Monaten und vor 8 Tagen stellten sich bedeutende Blutverluste ein. In letzter Zeit brachte sie die Nächte in Folge von Schwäche und Schmerz in den Brüsten schlaflos zu. Von Seiten ihres Mannes wurde sie roh behandelt. Wie dieser gestern Abend betrunken nach Hause kommt, trinkt sie aus Ärger darüber, dass der Mann alles Geld verprasst, auf ein Mal einen Schoppen Rothwein. Wie sie der Mann „Hure“ nennt, schimpft und schlägt sie ihn, ist in wildester Aufregung, muss überwältigt und ins Spital gebracht werden. Bald nach der Aufnahme verfällt Patientin in etwas unruhigen Schlaf, der bis zum Morgen andauert. Wie sie erwacht, erkennt sie das Haus und fängt zu schimpfen an. Sie ist völlig bei sich, erinnert sich im allgemeinen an das gestern Vorgefallene und verlangt nach Hause. Es stellt sich eine erneute, abundante Genitalblutung ein. Patientin ist anämisch. Ausser Bronchial-Katarrh ist sonst nichts krankhaftes nachweisbar. Die Kranke hat keine Klagen. Sie schiebt die Erregung auf den Wein. Hat ein grosses Verlangen nach ihrem Kind.

Der Schlaf vom 22. auf 23. Oktober ist gut. Am Morgen steht die Kranke auf, isst mit Appetit.

Der Mann macht über seine Frau noch folgende Angaben: Sie sei sehr jähzornig und habe öfters ziemlich viel getrunken. Seit Juli stellten sich vier Mal heftige Wutausbrüche ein, in welchen Patientin raste und mit dem Messer angriff.

Vom 23. Oktober an ist der Zustand der Kranken ein guter. Sie ist nur noch etwas empfindlich und scheu vor den andern. Sie will am 21. abends ausgegangen sein, was nicht der Fall ist (also Erinnerungslücke). Beim Austritt am 25. Oktober kann sie sich weniger genau an die Einzelheiten des Anfalls erinnern.

Fall VI.

(Epileptisches Äquivalent.)

A. M., 20 Jahre alt, wurde vom 8. bis 16. Altersjahr im Waisenhaus erzogen. Sie war nie schwer krank. Ist seit dem 13.

Jahr regelmässig menstruirt. Im Waisenhaus soll sie einmal in einer Nacht sehr aufgeregt gewesen sein, sie selbst weiss nichts davon. Seit einiger Zeit dient sie als Magd im Bürgerspital. Der Dienst ist ihr zu streng, sie wird anämisch, erhält Eisentropfen und Rotwein. Seit 3 Wochen klagt Patientin über Kopfschmerz und Schwindel, und will seither stiller und trauriger und gleichzeitig zorniger und leichter erregbar geworden sein. In den letzten Tagen beklagte sie sich über Ohrensausen, in den Nächten über Gefühl von Druck und Schwere auf der Brust. Am 23. Oktober morgens hat Patientin sehr heftigen Kopfschmerz. Mittags gerät sie in Zorn, weil sie von einer Spitalschwester und ihrer eigenen Schwester aufgefordert wurde, gemachte Schulden zu bezahlen. Am Nachmittag, wie die Schwester zu ihr kommt, steigert sich der Zorn, sie springt plötzlich vom Bette weg, schlägt auf den Tisch, will zum Fenster hinausspringen und muss gewaltsam von zwei Wärtern gehalten werden. Ein herbeigerufener Spitalangestellter applizirt ihr zwei Ohrfeigen und lässt sie ins Irrenhaus transferiren.

Der Status recept. ergibt:

Anæmie. Gesicht etwas gerötet, Puls 96, Temperatur normal. Brust- und Bauchorgane normal. Patientin ist nicht ganz bei sich; weiss nicht, wann man sie gebracht hat, kann über den Anfall nichts berichten, erinnert sich nur böse gewesen zu sein.

Sie blickt erstaunt um sich, scheint den Ort zu kennen. Bewegt oft Kopf und Arme, weint öfters. Auf Fragen antwortet sie nun nach längerem Besinnen ziemlich gut. Bis 2 Uhr weint Patientin ziemlich viel, dann kann sie gut schlafen. Beim Erwachen (24. Oktober) klagt die Kranke über Schwindel. Sie ist sich nicht ganz klar über das Vorgefallene. Ihre Antworten sind etwas konfus. Sie behauptet, man habe schlecht über sie gesprochen, das habe die Erregung verursacht. In der folgenden Nacht schläft Patientin gut. Beim Erwachen ist sie sich klarer über den Vorfall. Klagen hat sie keine, dagegen ist sie in gedrückter Stimmung wegen des Aufenthalts in der Irrenanstalt.

Vom 25. bis 30. Oktober befindet sich die Kranke ganz wohl, trotz Eintritt sehr starker Menses am 27. Oktober. Sie ist fröhlich, lacht viel, hat kein Wissen, wer ihr die Ohrfeigen gegeben und tritt am 30. Oktober geheilt aus.

Fall VII.

(Transitorische Psychose bei Puerperalfieber.)

Anna B.-St., 28 Jahre alt, Hausfrau, ohne erbliche Belastung, früher mit Ausnahme eines Schleimfiebers gesund, gebar am 16. Ja-

nuar 1882 ohne Kunsthülfe. Am 25. Januar setzte hohes Fieber ein (40°), am 26. 39°. In der Nacht vom 26. auf 27. fühlte Patientin heftigen Druck im Kopfe, als ob er zerspringen wollte. Temperatur immer hoch. Am 27., um 11 Uhr vormittags noch ganz klar bei sich, denkt die Kranke plötzlich ans Sterben, sie nimmt Abschied, verlangt einen Priester, betet viel, fängt an zu singen (Stücke aus Opern) und zwischenhinein wieder zu beten (Vater unser u. dgl.). Sie kennt die Leute noch, die um sie herstehen. Um 3 Uhr nachmittags wird sie ins Spital gebracht. Patientin ist stark benommen. Puls 160, Temperatur 41,1. Lippen trocken, foetor ex ore. Sie wird unruhig, rutscht über den Rand des Bettes, muss gehalten werden; sie singt und betet abwechselnd mit lauter Stimme. Auf ein Bad von 30° R. tritt etwelche Beruhigung ein.

Abends 6 Uhr werden in Chloroform-Narcose mehrere kleine Placentarreste aus dem Uterus entfernt, letzterer ausgespült mit 2% Carbolsäure-Lösung, nachher geätzt mit concentrirter Carbolsäure und tamponirt. Die Temperatur sinkt auf 37,3. Zwischen Operation und Bad ist Patientin ganz bei sich und gibt gute Antworten. Sie erklärt, sie fühle sich wohl aber schwach. In Folge der Narcose stellt sich Übelkeit mit Erbrechen ein. Von nachts 12 Uhr an kann die Kranke einige Stunden schlafen.

28. Januar. Patientin isst mit Appetit etwas Fleisch und Suppe. Der Leib ist auf Druck empfindlich. Respiration frei, Herztöne schwach, rein. Puls 132, Temperatur 40,0. Der mittelst Catheter entleerte Urin ist trüb, schleimhaltig.

Mittags 2 Uhr erhält sie ein Bad von 20° R. und 3,0 Natr. salicyl. mit Wein. Abends klagt sie über starkes Sausen und Getöse im Kopf. Auf 0,03 Morphium folgt ziemlich ruhiger Schlaf.

29. Januar, morgens 8 Uhr. Puls 138, Temperatur 39,5. Bauch leicht aufgetrieben, druckempfindlich. Am Nachmittag steigt die Temperatur auf 40,3. Patientin wird immer schwächer, hinfälliger. Es stellt sich Erbrechen ein mit erheblichen Schmerzen in abdomine und Beengung. Die Temperatur bleibt immer hoch, der Puls wird fadenförmig, sehr frequent, die Atmung rasch, oberflächlich. In der Nacht vom 30. auf 31. Januar tritt Exitus letalis ein.

Fall VIII.

W.-Sch., Katharina, geboren 1. Mai 1847, war früher nie krank, ist erblich nicht belastet. Seit dem 15. Jahr ist sie regelmässig menstruirt, ohne Molimina. Seit 1873 verheiratet, hat sie 5 Mal

leicht geboren. Ihr Mann starb plötzlich an Apoplexie. Darüber erschrak Patientin heftig. Seit fast zwei Wochen ist der Schlaf und der Appetit schlecht. Die Kranke arbeitet gleichwohl immer weiter, wird aber zusehends schwächer. In den Nächten fängt sie an zu jammern, zu verzweifeln, sie hört ihren Mann laufen, meint, er komme wieder. Am Morgen ist sie jeweilen wieder bei sich. Mit dem Zunachten kehrt das Angstgefühl wieder und steigert sich in der Nacht so stark, dass die Kranke glaubt, etwas anstellen zu müssen. Seit etwa acht Tagen ist sie nicht mehr ganz bei sich.

Am 16. August 1882 kommt die Kranke ins Irrenhaus. Sie klagt über starke Hitze in der Herzgegend, als ob Feuer dort brenne. Tagsüber bleibt sie ruhig, isst ordentlich. 2,0 Chloral verschaffte ihr eine gute Nacht. Am Morgen (17. August) aber erklärt die Kranke, sie sei sehr aufgeregt gewesen, drei Männer hätten sie halten müssen. Sie wähnte, sie müsse ihre drei Kinder, überhaupt jedermann zum Fenster hinauswerfen, sie täte damit ein gottgefälliges Werk. Tagsüber bleibt sie ruhig im Bett. Klagt zeitweilig über Kopfschmerz und Brennen in Hals und Herzgegend. Chin. sulf. vermindert den Kopfschmerz, Pulv. aërophor. beseitigt das Brennen, Chloral verschafft der Patientin gute Nächte. Das Angstgefühl schwindet mehr und mehr. Vom 15. September bis 2. Oktober zeigen sich keinerlei Störungen mehr.

Fall IX.

R., Anna, 51 Jahre alt, wird am 20. April 1888 in die Irrenklinik gebracht.

Die Anamnese ergibt folgendes: Die Eltern sind gestorben. (Mutter an Apoplexie.) Patientin selbst war nie krank, litt aber häufig an Kopfschmerzen. Die Menses haben sich seit drei Jahren verloren, waren früher regelmässig, aber mit Krämpfen verbunden. Vor drei Jahren acquirirte die Kranke in Folge Erkältung Unterleibskrämpfe, es stellte sich heftiges Erbrechen und hernach Prolapsus vaginæ et uteri ein. Seit 6 Wochen leidet Patientin an Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Mattigkeit. Vor 3 Tagen setzte Fieber ein mit Delirien, grosse Schwäche, Schweiss und Schlaflosigkeit.

Status recept. Patientin ist bei sich und ruhig. Sie klagt über heftigen Kopf-, Glieder- und Rückenschmerz. Sie gibt an, es sei ihr in den letzten Nächten alles mögliche vorgekommen, man habe ihr Dummheiten vorgemacht, das Gas ins Zimmer strömen lassen, so dass sie fast erstickt sei. Jetzt fühle sie sich sehr matt und müde.

Der Untersuch ergibt: Puls 88, Temperatur 38,9. Brustorgane normal, Abdomen hart und aufgetrieben.

Auf 0,03 Morphium tritt kein Schlaf ein. Patientin ist die ganze Nacht unruhig, sie will beständig fort, arbeiten, kochen, geht im Zimmer umher, delirirt, sieht allerlei Dinge.

21. April. Puls 80, Temperatur 38,1. Gesicht rot. Kopf- und Gliederschmerz unbedeutend. Patientin weiss nicht, dass sie seit gestern hier ist, will den behandelnden Arzt noch nie gesehen haben, hat auch über die letzten Tage nur ganz oberflächliches Wissen.

In der folgenden Nacht und vormittags den 22. dauern Delirien und Unruhe fort. (Patientin sieht Wasserströme unter der Bettlade hervorquellen.)

Von 2 Uhr nachmittags an bis abends schläft Patientin gut und verhält sich auch während der ganzen Nacht ruhig.

Am 23., 24. und 25. schwankt die Temperatur zwischen 39,5 und 39,7. Die Delirien haben aufgehört. Patientin weiss nicht, wie lange sie im Spital ist, was vorgefallen ist.

Am 7. Mai wird sie auf die medicinische Klinik transferirt, wo sie am 7. Juni stirbt.

Sectionsbefund: tuberculöse Darmgeschwüre, tuberculöse Peritonitis.

Fall X.

K.-N., 33 Jahre alt, Mutter von zwei gesunden Kindern, erkrankt am 8. August 1878 unter heftigem Frost und Fieber und wird am 12. mit der Diagnose „Typh. abdom.“ in die medicinische Klinik verbracht. Patientin ist ruhig und anscheinend bei sich. Tagsüber schwankt die Temperatur zwischen 39,7 und 40,3. Abends 8 Uhr erhält die Kranke 6,0 Natr. salicyl. auf ein Mal, um 10 Uhr klagt sie über Schwindel, steigt plötzlich aus dem Bett, singt, schreit, tobt, misshandelt die Wärterinnen und macht solchen Skandal, dass sie um $^1/_2$11 Uhr in die Irrenabtheilung transferirt wird. Sie lässt sich ruhig hinübertragen, ist offenbar nicht bei sich, somnolent, ängstlich, gegen alles zurückhaltend und reaktiv. Der Blick ist steif, das Gesicht gerötet, Puls 160, schwach. Die Kranke tanzt in ihrer Zelle, geht ruhig ins Bett, versucht dann ein paar Mal um sich zu schlagen, singt, schreit, jauchzt, spricht bei sich vom Sterben und Totschlagen, gibt keine Antworten. Um 11 Uhr wird sie ruhiger und schläft bis morgens 4 Uhr. Beim Erwachen (13.) ist sie bei

sich, aber weinerlich gestimmt und ängstlich wegen ihres Platzwechsels, den sie sich nicht erklären kann. Puls 120, Temperatur 40,0. Patientin klagt über Durst, Mattigkeit, starkes Ohrensausen. Sie verhält sich ruhig und gibt gute Antworten. Vom durchgemachten Anfall hat sie kein Wissen, sie will geschlafen haben. Schläft auch über Mittag. Nachher ist sie lebhaft, geschwätzig, hört deutliche Stimmen, mit denen sie sich unterhält, will bisweilen aus dem Bett springen, lässt sich aber leicht davon abhalten.

In der Nacht kann die Kranke ordentlich schlafen, hat keine Delirien, ist am Morgen bei sich. Puls beschleunigt, Temperatur 40,0. Respiration nicht erschwert. Auf 2,0 Chin. sulfur. und Bad von 14° R. kann sie etwas schlafen. Am Abend aber wird die Kranke neuerdings lebhaft, sie singt, schreit, wehrt sich gegen das Bad.

In den folgenden zwei Nächten wechseln Schlaf und Unruhe mit Delirien ab. Die Temperatur bleibt trotz Bäder und Chin. sulf. hoch, Puls stark beschleunigt.

Vom 17. bis 19. August werden die Delirien seltener. Patientin gewinnt Krankheitseinsicht, wird der medicinischen Klinik zurückgeführt und später geheilt entlassen.

Anamnestisch ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte für hereditäre Belastung.

Fall XI.

N.-G., Mathilda, 36 Jahre alt, wird Samstag den 3. Juli 1886 auf die Irrenabteilung gebracht unter folgenden Angaben:

Patientin war bis Freitag den 2. Juli ganz wohl. Gegen Mittag äusserte sie, sie wolle mit ihren zwei jüngsten Kindern fort, es sei das Beste wenn sie gleich ins Wasser gehe. Um 8 Uhr abends findet sie der Hausherr sehr aufgeregt, sie hat den Hausschlüssel und ein Taschenmesser bei sich und will mit den zwei Kindern absolut fort. Der herbeigerufene Arzt, Dr. *B.*, verordnet Chloral, das die Kranke nur mit Widerstreben nimmt, indem sie erklärt, sie wolle keinen Schnaps, es sei Gift darin. Trotzdem stellt sich erst 2 Uhr nachts Schlaf ein, der bis 6 Uhr anhält. Beim Erwachen fängt die Kranke von neuem an zu phantasiren, sie will absolut aus dem Fenster springen (es muss mit Drähten befestigt werden), lässt sich nur kurze Zeit durch gute Worte beruhigen und gerät wieder in grosse Aufregung. Der Arzt ordnet die Überführung ins Irrenhaus an. Die Kranke wird von ihrem zweitjüngsten Kinde, dem Hausherrn und einem Geistlichen dorthin begleitet.

Status praes. Patientin ist bei der Aufnahme sehr blass, ihre Miene ängstlich, sie hält ihr Kind krampfhaft an der Hand. Ins Bett gebracht ist sie anfangs beunruhigt über das Kind. Sie klagt, sie sei nicht am rechten Ort, sie sei nicht kopfkrank. Weiss nichts davon, dass sie absolut fortgehen wollte. Klagt über heftigen Kopfschmerz in der Hinterhauptsgegend und Schmerz in den prall gefüllten Brüsten.

Der ärztliche Untersuch konstatirt rechtsseitige Pleuritis und leichten Grad von Anteflexio uteri.

Anamnestisch macht Patientin noch folgende Aussagen: Die Eltern sind an Schlagfluss gestorben. Sie selbst sei öfters kränklich gewesen. Am 25. Juni 1886 gebar sie unter grossem Blutverlust, fühlte sich aber nachher ganz wohl bis 2. Juli. Nachher will sie viel Sorgen, Ärger und Verdruss gehabt haben wegen ihren misslichen häuslichen Verhältnissen. Ihr Mann hat sie im letzten Dezember plötzlich verlassen, sie ist den Hauszins für zwei Quartale schuldig und in Folge dessen genötigt auszuziehen, ohne zu wissen, wohin. Auf dies hin folgte der Ausbruch der Psychose.

In der Nacht vom 3. auf 4. Juli ist Patientin immer unruhig und ängstlich. Verliert viel Blut aus den Genitalien. Am Morgen erinnert sie sich genau, wie sie hiehergekommen, weiss hingegen gar nichts von dem, was zu Hause vorgefallen. Sie ist unzufrieden, weil sie im Irrenhaus ist, ergeht sich in argen Beschimpfungen über den Arzt, der sie hiehergebracht, möchte gleich fort, hat gar keine Einsicht für ihre Lage und Verhältnisse.

Am 4. Juli und die folgenden Tage verliert Patientin immer noch etwas Blut aus den Genitalien. Sie ist stets in gereizter, unzufriedener Stimmung. Temperatur schwankt unter Natr. salicyl.-Behandlung zwischen 36,5 und 39,0.

Vom 11. Juli an sistirt das Fieber.

Patientin wird am 26. Juli geheilt entlassen. Sie war während des ganzen Spitalaufenthalts unzufrieden, mürrisch, undankbar. Die Erinnerung für die Zeit vom 2. Juli mittags bis zur Aufnahme ins Spital am 3. Juli ist ganz erloschen. Patientin weiss nichts vom Aufregungszustand, nichts vom Besuch des Dr. *B.* und kann sich speziell gar nicht erinnern, dass sie von ihrem zweitjüngsten Kinde ins Spital begleitet wurde.

Fall XII.

H., Gottfried, geboren 1863, wird am 19. Oktober 1885, abends, in Begleitung seines Kostherrn und zweier Kameraden ins Irrenhaus

gebracht. Sein Blick ist starr, ängstlich, die Augen rollen hin und her. Patient macht viele Würgbewegungen. Die Atmung ist rasch, stossweise. An Ober- und Unter-Extremitäten sind häufig clonische Zuckungen wahrzunehmen. Patient ruft wiederholt „Rosa, Rosa", will fortwährend davonlaufen, muss gewaltsam gehalten werden. Ins Bad gebracht benutzt er jeden unbewachten Augenblick, um seine Begleiter anzugreifen, oder von sich zu stossen, der Aufforderung, sich ruhig zu verhalten, leistet er sogleich Folge, aber nur kurze Zeit. Das Bad beruhigt den Kranken allmählig und er lässt sich ohne Mühe ins Bett bringen.

Anamnestisch sind folgende Angaben erhältlich: Die Mutter starb an Apoplexie. Patient selbst sei immer gesund gewesen, er wisse absolut nichts von Anfällen convulsiver Natur. Gestern (Sonntag) habe er zwei Glas Bier getrunken und sei abends 10 Uhr ins Bett gegangen, worauf sich bald der Anfall einstellte, ohne dass er wisse wie und warum. Diese Angaben macht Patient rasch. Dazwischen verdreht er häufig die Arme krampfhaft, schliesst und öffnet wiederholt die Augenlider, springt plötzlich auf und ruft vielmal „Rosa, Rosa." Der Kamerad bestätigt die Angaben des Kranken. Er weiss über den Anfall desselben nur zu berichten, dass er sich wie ein Fiebernder geberdete, immer fort wollte, gegen die Umgebung losschlug, öfters nach seiner Geliebten „Rosa" rief, dass er sich überhaupt geberdete wie bei seiner Aufnahme. Der Meister gibt dem Kranken das Lob eines fleissigen, soliden Arbeiters, will nur beobachtet haben, dass derselbe leicht zornig werde.

Am 20. Oktober morgens ist Patient nach schlafloser, aber ruhiger Nacht völlig bei sich. Er zeigt keine Convulsionen, keine ängstliche Reaktion gegen die Umgebung.

Über den Anfall vom Sonntag weiss er nur, dass er mit den Zähnen knirschte, er habe es selbst gehört. Von diesem Momente an bis zur Überführung ins Spital besteht eine ganze summarische Erinnerung. Die Anamnese ergänzt Patient noch durch folgendes: Er sei immer weich und traurig gestimmt gewesen, habe nie Freude an Vergnügungen gehabt. Krank sei er nie gewesen, nur leide er seit letzten Frühling bisweilen an Atemnot und Herzklopfen. In seiner letzten Stellung habe er bei strenger Arbeit noch Mangel an Nahrung gehabt, starkes Heimweh nach seiner Geliebten habe verstimmend auf sein Gemüt gewirkt.

Status praes. Patient ist anämisch, schlecht genährt. Ausser mittelgrosser Struma parenchymat. ist nichts krankhaftes anzuführen.

Patient bleibt bis 2. November im Spital, ohne wieder einen Anfall zu bekommen. Am Tage nach der Aufnahme war die Erinnerung an die Vorkommnisse des Anfalls und über die Aufnahme viel klarer als nachher. Er glaubt erst am Montag statt am Sonntag erkrankt zu sein. Vom Moment des Zähneknirschens an bis zum Bad im Spital besteht vollständige Amnesie. Man erfährt nachträglich, dass der Vater des Patienten Epileptiker war und in dessen Familie noch andere am gleichen Übel litten.

Fall XIII.

W., Wilhelm, 23 Jahre alt, Bäcker, wird am 21. Juli per Wagen ins Spital gebracht. Er behauptet, nicht krank zu sein, gestikulirte, riecht stark nach Alkohol. Droht mit Polizei, Strafanträgen etc. Er muss gewaltsam aus dem Wagen gehoben und ins Bad gebracht werden, wo er nach einigen Minuten starker psychischer Erregung ruhig wird.

Der Kopf des Kranken ist gerötet, der Blick starr, Zunge stark belegt. Puls beschleunigt, Temperatur 39,0. Ausser einer etwa zwei 5-Frankstück grossen, auf Druck sehr schmerzhaften, heiss und teigig anzufühlenden Stelle (Abscess) am linken Unterschenkel ist sonst nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Anamnestisch ist vorderhand nur zu erheben, dass Patient nicht getrunken haben will, er sei gesund, fühle nur Schmerzen am Unterschenkel. Wegen erheblichen Kopf- und Beinschmerzen kann Patient vom 22. auf 23. nicht schlafen.

23. Juli. Puls 114, Temperatur 39,1. Patient macht folgende Aussagen: Hereditäre Momente sind ihm unbekannt. Er selbst sei immer gesund gewesen. In letzter Zeit habe er sehr streng gearbeitet und die Arbeit trotz der vor fünf Tagen erlittenen Contusion am Unterschenkel nicht ausgesetzt.

Am 21. Juli vormittags musste er viel Brot vertragen, trank dann schnell ein Glas Bier und zu Hause seinen und des Nebenarbeiters Wein. Nachmittags wurde es ihm beim Brotvertragen plötzlich schlecht, er fühlte starke Schmerzen im Bein, glaubte umsinken zu müssen, liess sich im Wagen heimführen und ging sogleich zu Bette. Über das, was nun vorfiel, und über den Besuch des Arztes kann Patient keine Angaben machen. Der Gang ins Irrenspital ist ihm in Erinnerung geblieben.

Vom Arzt erfahren wir: „Patient war bei seinem Besuch um ½4 Uhr in äusserster Aufregung, er machte abwechselnd Angriffs-

und Fluchtversuche, offenbar in Folge Gesichts- und Gehörshallucinationen, schrie, man will mir 's Bein abnehmen, da kommt er etc. Antwortete auf Dinge, die man gar nicht gefragt, schien seine Umgebung nicht zu kennen."

Ein Freund des Kranken gibt an, dass derselbe sehr schnell betrunken werde, dann höchst reizbar, jähzornig, bösartig sei, und nicht wisse, was er thue. Auch im nüchternen Zustande sei er leicht aufbrausend und jähzornig.

Die Eröffnung des Abscesses, aus dem sich viel Eiter entleert, bringt die Temperatur zum Sinken, der Schmerz hört auf, die Nächte werden gut. Patient fühlt sich geistig und körperlich gesund und tritt am 30. Juli mit völliger Amnesie für die Höhe des Anfalls aus.

Fall XIV.

(Transitor. Dysthymie bei einem Tabiker.)

K., Albert, 48½ Jahre alt, stammt von gesunden Eltern ab. Er ist verheiratet, hat drei gesunde Kinder. Als solider, gewissenhafter Familienvater lag er seinem Beruf als Zuckerbäcker bis 1878 ob. Bis anhin nie erheblich krank, stellte sich vor ungefähr vier Jahren eine Nervenaffektion ein, die Patient auf die vielen Erhitzungen und Erkältungen zurückführt. Zuerst traten blitzartige Schmerzen in den Gliedern und im Rücken auf, dann starkes Zusammenschnüren im Unterleib (Gürtelgefühl), einhergehend mit Erbrechen. Unter Steigerung dieser Symptome verlor Patient bald die Fähigkeit ordentlich zu gehen, der Gang wurde steif, unsicher, es hatte sich „Tabes dorsual." entwickelt.

Nach lange Zeit fortgesetzter Electro-Therapie konnte Patient wieder ordentlich gehen und versah in den letzten zwei Jahren die Stelle eines Ausläufers zur Zufriedenheit der Vorgesetzten. Die blitzartigen Schmerzen hörten indess nie ganz auf. Eine Alteration der geistigen Fähigkeiten, des Gemüths, Charakters etc. fiel der Umgebung nie auf. Erst seit vier Tagen soll die Psyche des Kranken wesentlich alterirt worden sein, in Folge plötzlicher Entlassung aus dem Geschäft, weil der sonst sehr genaue und gewissenhafte Mann vergessen hatte, einen Posten zu bezahlen. Patient wurde aller Hoffnungen beraubt, trostlos, jammerte fortwährend. In den folgenden schlaflosen Nächten stund der Kranke öfters auf, klagte sich an, fühlte eine namenlose Angst, griff bald und wiederholt in selbstmörderischer Absicht zum Strick und musste beständig bewacht werden.

Am Tage der Aufnahme ins Spital, am 7. Februar 1885, war Patient auffallend ruhiger geworden, arbeitete im Hofe und hängte sich plötzlich in dieser anscheinend psychischen Ruhe auf. Nur die zufällige Dazwischenkunft seiner Tochter konnte ihn vom Tode retten.

Daraufhin wird Patient sogleich ins Spital transferirt. Er kommt im Wagen zusammengekauert und schlafend an. Ins Bad gebracht bleibt er in comatösem Zustand, lässt alles ohne Reaktion mit sich geschehen. Er bleibt die ganze Nacht in ruhigen Schlaf versunken und erwacht am 8. Februar morgens mit vollem Bewusstsein. Patient weiss absolut nicht, wie er hiehergekommen, weiss hingegen ganz gut, dass er sich aufgehängt und was er vor dem Aufhängen getan. Über das Motiv der Tat ist er sich nicht recht klar. Er gibt an, dass er seit einigen Tagen an Schwindel und Verwirrtheit gelitten, dass ihm eine namenlose Angst keine Ruhe gelassen. Über den Selbstmordversuch zeigt er Reue, jedoch nicht dem Grade der Tat angemessen.

Status. Patient ist hager, stark abgemagert, scheint viel jünger, als er ist. Rechte Pupille weiter als linke; rechter Mundwinkel tiefer stehend als linker; rechte Nasolabialfalte undeutlich. Arm- und Beinmuskulatur ist schlaff, mangelhaft entwickelt und dementsprechend die rohe Kraft bedeutend vermindert. Der Gang des Kranken ist schleudernd, breitspurig, bei geschlossenen Augen unsicher, schwankend. Die Hautreflexe sind lebhaft, Patellarreflexe beidseits fast ganz aufgehoben. Die Sensibilitätsprüfung führt zu keinem bestimmten Resultat. Lungen- und Herzbefund normal, in abdomine nihil.

Patient bleibt bis zum 17. Februar im Spital, ohne dass sich psychisch etwas Krankhaftes bemerkbar macht.

Fall XV.

Sch., Emanuel, geb. 15. Januar 1853, ledig, wird am 27. August 1883 ins Irrenhaus gebracht, mit nachstehenden anamnestischen Angaben:

Patient ist ein uneheliches Kind. Seine Mutter starb an Typh. abdom. Seit dem achten Jahr im Waisenhaus erzogen, zeigte der Knabe stets eine innige Anhänglichkeit an die Waiseneltern. In seinem erlernten Beruf als Buchbinder kann er sein Brot in Folge grosser Unbeholfenheit nicht verdienen, ebenso wenig als Fabrikarbeiter. An den letzten Sonntagen war Patient auf den Spaziergängen unmässig und gestern (26. August) anlässlich des St. Jakobs-

Festes trank er viel Bier. Ins Waisenhaus zurückgekehrt verfiel er abends 1/29 Uhr in einen Aufregungszustand. Er wollte sich ganz grundlos und trotz begütigender Zusprache des Pflegevaters wiederholt das Leben nehmen. Er sprang im Hemd auf den Estrich, musste gewaltsam ins Bett gebracht und streng bewacht werden. Nach Mitternacht stellte sich ruhiger Schlaf ein. Am Morgen fühlte sich Patient wohl, klagte nur etwas Kopfweh. Hatte keine Erinnerung an den Anfall. Ins Spital transferirt bleibt er bis zum 6. September zur weitern Beobachtung daselbst und verhält sich während dieser Zeit ganz ruhig und ordentlich. Patient ist kräftig gebaut. Ausser Asymmetrie des Schädels und Gesichts, Strabismus converg. dextr. und kleiner Struma ist nichts Krankhaftes nachweisbar.

Am 2. März 1884 und 2. September 1885 stellten sich nach vorausgegangenem Alkoholexcess Recidiven ein, ohne wesentliche Abweichungen vom ersten Anfall.

Fall XVI.

G., Joh., Dienstmann, 36 Jahre alt, ohne hereditäre Belastung, wird vom 25. Januar bis 20. Februar 1882 auf der internen Abteilung behandelt an Peritonit. circumscripta und dann gebessert entlassen. Im Juni gleichen Jahres wird Patient neuerdings auf der medicinischen Klinik behandelt. Am 24. Juni mittags wird der Kranke plötzlich aufgeregt, wirft das Kaffeegeschirr zu Boden, verunreinigt Bett und Zimmer, fängt laut zu schimpfen an, muss in Folge sich steigernder Aufregung gebunden und auf die Irrenklinik verbracht werden.

Status. Patient ist sehr stark abgemagert, schwach, kann kaum ein paar Worte hintereinander sprechen. Puls schwach, stark beschleunigt. Dyspnœ.

Die Erregung hört bald auf. Patient kann während der Nacht nur wenig schlafen, verhält sich aber ganz ruhig. Am 25. Juni morgens ist er ganz bei sich, erinnert sich im allgemeinen an seinen Erregungszustand und schiebt ihn auf alcoholische Reizung und nicht erfülltes Entlassungsbegehren.

Im weitern Untersuch ergibt sich: Phthisis pulmon. und beginnende Pleuritis sinist.

Patient wird am 1. Juli wieder auf die medicinische Abteilung gebracht. Ein weiterer Anfall blieb aus.

Fall XVII.

B., Jos., Schreiner, geboren 1852, von gesunden Eltern stammend, früher nie krank, liegt seit dem 28. Januar 1885 auf der

medicinischen Klinik an Typhus abdom. krank. Seit Ende Februar ist er fieberfrei, hat aber rechts unten Pleuritis. Als Reconvalescent geht Patient am 20. April in Garten und Stadt spazieren, trinkt etwa $^3/_4$ Liter Wein, kauft für einen andern Spitalkranken Zwieback und geht $^1/_2$6 Uhr Abends ins Spital zurück. Während er Schuhe putzt, wird sein Zwieback confiscirt, deshalb necken ihn nun die andern scherzhaft. Reconvalescent keinen Spass verstehend, wird plötzlich leichenblass, knirscht mit den Zähnen, stürmt erregt im Zimmer auf und ab, gestikulirt, schreit, verteidigt sich gegen imaginäre Vorwürfe, hallucinirt lebhaft, wehrt sich gegen den Titel „Dieb", fühlt sich als Preusse und macht sich als solcher anheischig „alle durchzuprügeln, sogar den eben eintretenden Arzt."

Mit Mühe wird Patient bewältigt und unter eine Douche gebracht. Er aber schlägt unter Verwünschungen um sich, kratzt, beisst und muss durch fünf Männer gewaltsam ins Irrenhaus gebracht werden. (Abends $^1/_2$8 Uhr.)

Freigelassen verhält sich der Kranke nicht mehr aggressiv. Er ist gut gebaut, aber noch nicht gut genährt. Gesicht farblos, Pupillen sehr weit, starr. Temperatur normal, Puls klein, sehr weich.

Patient gestikulirt lebhaft, knirscht mit den Zähnen, steht nur schwankend. Zum Tropfbad zieht er sich nach einigem Widerstand selbst aus, er hat Angst für sein Leben. Allmählig kennt er seinen Arzt und will mit ihm fort. Im Tropfbad fängt er von neuem an zu drohen, sagt „er hasse die Schweizer", prahlt als preussischer Husar, singt plötzlich „ich bin ein Preusse" etc., lacht im Gefühl seiner Kraft, bricht häufig in einem Satz ab, ohne ihn zu vollenden. Er antwortet nur auf Fragen, die zu seinen Vorstellungen passen und fühlt sich sichtlich gehoben, wenn man ihm zustimmt. Etwas nach 9 Uhr wird Patient mit einigem Widerstand in die Zelle gebracht. Er fühlt sich müde, besonders auf der Brust. Ist jetzt bei sich, weiss, wo er ist, warum er hier ist und schämt sich sehr.

Vom 20. auf 21. April kann der Kranke gut schlafen und ist am Morgen völlig bei sich. Er schämt sich und bittet dringend um Entlassung. Er ist sich über die Ursache und den Anfang seiner Erregung im Klaren. Dagegen fehlt ihm die Erinnerung vom Eintritt seines Arztes bis zum Tropfbad fast vollständig.

Patient erinnert sich an einen ähnlichen Anfall im Jahre 1871, hervorgerufen durch heftigen Zorn gegen seinen Unteroffizier, der ihn gereizt habe. Sonst sei in seiner Familie nie derartiges vorgekommen. Kopfleiden stellt Patient in Abrede. Gewitzigt und geheilt wird er wieder der medizinischen Klinik überwiesen.

Fall XVIII.

R., Andreas, geboren 1841, Schuhmacher, wird am 17. März 1879 in ganz besinnungslosem Zustand auf die Irrenklinik gebracht. Sein Kopf ist gerötet, die Miene ängstlich. Er zuckt plötzlich am ganzen Körper und will fortlaufen. Ins Tropfbad gebracht wird Patient bald etwas ruhiger und gibt einige Antworten. Er glaubt zu Hause zu sein, weiss nicht, was mit ihm passirt ist. Von Zeit zu Zeit verdreht er die Augen, ist ängstlich, sieht Thiere, die ihn bedrohen, und verlangt, dass man sie fortschaffe. Ins Bett gebracht hat Patient immer noch Angstanfälle. Er glaubt, man wolle ihn schlagen oder töten. Kann in der Nacht vom 17. auf 18. März nicht schlafen, ist aber ruhig.

18. März. Temperatur 40,5. Puls 152. Milz etwas vergrössert. Patient weiss nicht, wo er ist, das Bewusstsein ist noch unklar. Er klagt über Kopfschmerz, Schwindel und stechende Schmerzen auf der linken Seite. Auf ein kaltes Bad und 1,0 Chinin sulfur. sinkt Temperatur bis am Abend auf 38,1.

Patient kann vom 18. auf 19. März ordentlich schlafen und fühlt sich beim Erwachen viel wohler. Kopf- und Seitenschmerz sind geringer, Temperatur afebril, Milz noch etwas vergrössert. Das Bewusstsein ist viel klarer als gestern, Patient antwortet gut, fühlt sich aber noch sehr matt.

Am 20. März steht der Kranke auf, muss aber wegen Schwindelgefühl gleich wieder ins Bett. Er macht folgende anamnestische Angaben:

Der Vater starb an unbekannter Krankheit, die Mutter im Wochenbett. Fünf Brüder sind gesund. Ein Bruder des Vaters soll verwirrt gewesen sein.

Nach erlerntem Schusterberuf bereiste Patient mit 16 Jahren Frankreich, ging dann nach Rom, wo er zwei Jahre als Soldat diente, hernach nach Algier in französische Dienste, woselbst er vier Jahre blieb. Im zweiten Jahre der Dienstzeit acquirirte er Intermittens. Nach Europa zurückgekehrt erlitt Patient in Luzern einen Anfall (1877). Er wurde besinnungslos. Lag längere Zeit in hohem Fieber krank im Spital. Einige Monate später will er einen ähnlichen Anfall durchgemacht haben. Im letzten Jahr lag er 13 Wochen an Typhus abd. im Spital in Zürich, woselbst er angeblich drei Wochen besinnungslos gewesen sei. Seit dem Anfall in Luzern soll Patient häufig an Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen und zeitweilig an Fieber gelitten haben.

In den letzten Tagen beklagte sich der Kranke über sehr starken Schwindel. Am 17. März morgens sei er in der Stadt gewesen und habe eine Tasse Kaffee getrunken. Dass er bald darauf in den Rhein gesprungen, längere Zeit darin geschwommen habe, dann mit grosser Mühe von vier Männern herausgezogen und ins Spital verbracht worden sei, daran kann sich Patient gar nicht erinnern. Am 4. April wird er geheilt entlassen.

Fall XIX.

Sch., Wilhelm, geboren 1856, ledig, ohne hereditäre Belastung, war nie erheblich krank. Seit einigen Jahren der Onanie ergeben, fröhnte er einem in potu et in venere leichtsinnigen, ausschweifenden Leben, acquirirte in letzter Zeit eine Gonorrhoe und bald darauf ein Ulcus am Penis, worüber sich Patient nur wenig Sorge machte. In den letzten 14 Tagen klagte er über Appetitmangel und zeigte sich sehr aufgeregt. Sein Vater stellte ihn zur Rede und machte ihm Vorwürfe über sein leichtsinniges Leben. Darüber noch mehr aufgebracht, blieb der Kranke während einigen Tagen fast immer zu Hause. Am 3. Juni abends trank er im Kreise seiner Angehörigen einige Gläser Malaga-Wein und war dabei sehr gesprächig. Um ½12 Uhr geht Patient ruhig in sein Zimmer, kommt aber bald wieder in die Stube zurück, um den angeblich vergessenen Zimmerschlüssel zu holen. Ins Schlafgemach zurückgekehrt, kracht gleich ein Schuss. Wie der Vater durch die gewaltsam geöffnete Thüre eintritt, findet er den Sohn in grosser Aufregung, er wehrt sich grundlos gegen seinen Vater, droht und schlägt ihn, trinkt plötzlich ein Fläschchen Laudanum aus. Der herbeigerufene Arzt lässt den Kranken in die Irrenklinik bringen, woselbst er nachts ½3 Uhr anlangt.

Status. Patient ist ruhig und klar, nicht etwa betrunken. Er bleibt die Nacht über ruhig im Bett, ohne zu schlafen. Morgens klagt er über etwas Müdigkeit und Eingenommensein des Kopfes. Er antwortet freundlich und höflich auf die Fragen, was passirt sei; er lacht und sagt, dass man es schon wisse. Über den Anfall gibt er ziemlich genauen Bericht, will während desselben ganz klar gewesen sein, kennt aber gar keinen Grund für sein Handeln. Dass er den Vater geschlagen, macht ihn keineswegs betrübt und reuig. Tagsüber verhält sich der Kranke ruhig. In seinen Gesprächen ist er oberflächlich, ohne Moral, lacht über alles, zeigt absolut keine Reue und kein Bedauern über das unwürdige Auftreten gegen seinen Vater.

In der Nacht vom 4. auf den 5. Februar schläft Patient gut. Beim Erwachen ist er sich über den Anfall in der vorletzten Nacht bei weitem nicht mehr so klar wie gestern. Auf Verlangen des Vaters verlässt der arg verwöhnte Sohn die Anstalt.

Fall XX.

B., Jos., 12 Jahre alt, Commis, von gesunder Familie abstammend, nie erheblich krank, war in letzter Zeit ziemlich besorgt wegen seiner kränkelnden Mutter.

Am 3. Juni 1881, bei sehr grosser Hitze, geht B. nachmittags 3 Uhr noch ganz gesund und wohl ins Bräuhaus, um Flaschen zu schwenken. Bald hernach wird er vom Knecht bewusstlos am Boden liegend aufgefunden und in ein Bett gebracht, wo er unter sich gehen lässt. Bald gerät Patient in Aufregung, schlägt wild um sich, will fort, verlangt immer zu trinken. Das Bewusstsein ist tief getrübt. Patient erkennt niemand und wird abends 1/27 Uhr ins Spital gebracht.

Status. Patient ist bewusstlos, weiss nicht wo er ist, ist unruhig, will fort, schwatzt verworrene, unzusammenhängende Worte, gibt keine Antworten. Ins Bad gebracht kommt der Kranke nach etwa 1/2 Stunde zu sich, frägt zuerst, wo er sei und warum man ihn hiehergebracht? Er erinnert sich ganz gut an den Vormittag, was er zu Mittag gegessen und dass er nachher eine Commission besorgte. Was hernach geschehen, weiss Patient absolut nicht. Ausser grosser Blässe im Gesicht ist nichts Besonderes am Kranken bemerkbar, er hat auch keine Klagen. An einen ähnlichen Anfall kann er sich nicht erinnern. In den letzten zwei Jahren will er rasch gewachsen sein.

Patient kann vom 3. auf 4. Juni gut schlafen, ist am Morgen bei ganz klarem Bewusstsein, fühlt sich wohl. Er kann sich jetzt noch darauf besinnen, dass er gestern nachmittags mit Flaschen ins Bräuhaus ging. Von diesem Momente an aber bis zum Bad im Spital ist der Erinnerungsdefekt ein vollständiger. Patient fühlt sich tagsüber geistig und körperlich gesund, zeigt ein lebhaftes, bisweilen etwas zorniges Temperament.

Nachträglich stellt sich heraus, dass der Kranke vor dem Anfall 1/2 Flasche Rhum getrunken, wovon er aber kein Wissen hat. Wird am 5. Juni geheilt entlassen.

Fall XXI.

U., Jakob, 23 Jahre alt, Schlosser, ist hereditär belastet. Seine Mutter, sowie die Grosseltern mütterlicherseits sollen öfters an Krampf-

anfällen mit Bewusstlosigkeit gelitten haben. Ferner traten ähnliche Anfälle bei einem jüngern Bruder auf bis zum zehnten Jahr. Patient selbst will vor eilf Jahren einmal einen ähnlichen Anfall gehabt haben. In den letzten Jahren war er ziemlich häufig dem Kopfweh und Schwindel unterworfen, besonders nach zorniger Erregung und Getränkeaufnahme. Seit 14 Tagen ist Patient stiller geworden, weinte oft ohne Grund, arbeitete immer fleissig weiter, trotz stark vermindertem Appetit. In der Nacht vom 9. auf 10. Juni 1883 stellte sich plötzlich ein starker Erregungszustand ein. Patient wurde agressiv gegen seine im gleichen Zimmer schlafenden Mitarbeiter, packte einen derselben an der Gurgel, wurde aber widerstandslos wieder ins Bett gebracht. Sein Blick war auffallend stechend. Er stöhnte laut, war unruhig, gab auf Befragen keine Antworten, er kannte die Umgebung offenbar nicht.

Andern Morgens wollte er mit einem Freunde baden gehen, bestieg allein eine Droschke, kehrte aber bald wieder zurück und legte sich ins Bett. Dies auffällige Benehmen bestimmte die Umgebung, den Kranken ins Irrenhaus zu bringen, wo er bald zu sich kömmt. Wie, wann, warum er hiehergekommen weiss er nicht. Über den Erregungszustand fehlt dem Kranken jegliche Erinnerung. An einen frühern Anfall mit Bewusstlosigkeit kann er sich nicht erinnern. Er gibt an, er habe vor zwei Tagen über ein Frauenzimmer, mit dem er in Verbindung stehe, Ungünstiges vernommen, sei zornig geworden und habe gleichen Tags Streit mit seiner Waschfrau bekommen. Anderweitige Momente, die den Anfall hätten bedingen können, kennt der Kranke nicht. Er bleibt bis 16. Juni in der Anstaltsbehandlung, es stellt sich kein weiterer Anfall ein.

Die Erinnerung an den durchgemachten Anfall fehlt ganz. Als vermeintliche Ursache desselben gibt der Geheilte beim Austritt an, seine Eltern hätten ihn wiederholt zur Heirat mit einer Verwandten zwingen wollen, er habe sich stets dagegen geträubt und in Folge dessen sei es zu mehreren heftigen Auftritten gekommen.

Fall XXII.

F., Marie, geboren 1862, kommt am 1. März 1878 ins Spital. Sie ist das Kind armer Eltern. Grosseltern sind an Phthisis pulmon. gestorben. Ein Geschwister des Mädchens ist ebenfalls phthisisch erkrankt. Die Mutter lebt, ist gesund, der Vater starb vor vier Wochen nach fünfjährigem Siechthum. Geistes- oder Nervenkrankheiten sind in der Familie unbekannt.

Patientin selbst laborirte vor drei Jahren an Malaria. Damals stellten sich wiederholt die Menses ein, blieben aber seither aus. Seit zwei Jahren ist sie im Riehener Waisenhause untergebracht. Über den Tod des Vaters geriet das Kind in namenlose Trauer, es soll mehrmals den Kopf gegen die Wand geschlagen haben und fast untröstlich gewesen sein. Vor drei Wochen stellten sich Ermüdung und Schmerzen in den Unterschenkeln ein, ferner Kopfweh und Schwindel. Seit einigen Tagen wegen Unwohlsein im Krankenzimmer neben einem an Erysipel erkrankten Kinde liegend, steht das Mädchen (am Abend vor der Spitalaufnahme) auf, um diesem zu helfen. Es stellen sich aber Hitze ein, Kopfweh, Schwindel, Schwäche und Visionen, es fällt um, wehrt sich gegen alles, schlägt alle weg. Darauf tritt während der ganzen Nacht ungewöhnlich fester Schlaf ein, aus dem die Kranke am Morgen mit völliger Amnesie für das Vorgefallene erwacht. Sie wird mit der Diagnose „Hysterie“ am 1. März vormittags auf die medizinische Klinik gebracht. Sie ist anscheinend ganz bei sich. Klagt gegen Mittag über heftigen Kopfschmerz und bittet die Umgebung plötzlich, ihr doch die Thierchen von der Hand zu nehmen. Daraufhin wird die Patientin der psychiatr. Abteilung übergeben.

Das Mädchen ist gut entwickelt, blass. Schädel- und Gesichtsbildung normal. Brust- und Bauchorgane gesund. Keine Chorea. Die Kranke erzählt gut. Will bis zum Eintritt in die Schule im siebenten Jahr öfters an starkem Schwindel, nie aber an Fallsuchtanfällen gelitten haben.

Während der ganzen Dauer des Aufenthalts in der Irrenanstalt vom 1. bis 20. März verhielt sich das Mädchen fleissig, artig, zeigte sich geschickt, war geistig und körperlich gesund, klagte auch nie über Schwindel, Kopfweh etc. Obgleich sie sich gegen die Anstaltsbehandlung in Riehen öfters sehr undankbar — allerdings in nicht gerechtfertigter Weise — ausgesprochen, geht sie am 20. März gleichwohl wieder gerne dorthin. Ein weiterer Anfall blieb aus.

I. Begriff, Dauer, Verlauf und Ausgang.

Im Vorhergehenden haben wir im Auszug die uns zur Verfügung stehenden Fälle transitorischer Psychosen angeführt. Ich werde zunächst den Begriff der transitorischen Psychosen, wie er in der Literatur und Praxis gebräuchlich ist, feststellen, und hernach das Ergebnis der Krankengeschichten in Bezug auf Dauer, Verlauf, Ausgang und Verhalten der Erinnerung untersuchen.

Begriff.

Nach *Krafft-Ebing* sind die transitorischen Psychosen, seu transitorische Manien: „Irreseinszustände von nur Stunden bis Tage betragender Dauer, mit brüskem Eintritt, rapidem Anstieg des Krankheitsbildes bis zur Höhe, mit nur geringer Intensitätsschwankung auf dieser, und plötzlicher, gleichsam kritischer Lösung des Anfalls mit sofortiger Wiederherstellung des psychischen Status quo ante. Als charakteristisch kommen noch hinzu die tiefere Störung des Bewusstseins für die ganze Dauer des Anfalls, mit nie fehlenden Defekten der Erinnerung, und das delirante Gepräge des ganzen Erscheinungsbildes."

Schwartzer charakterisirt die transitorische Tobsucht (irrtümliche Benennung der transitorischen Psychosen) folgendermassen:

„Die transitorische Tobsucht ist jene eigentümliche Irreseinsform, die mit oder ohne nachweisbare Veranlassung plötzlich, fast augenblicklich ausbricht, unter den Erscheinungen heftiger Hirnhyperæmie, ungezügelten, spontanen motorischen Entäusserungsdranges und wilden Zornaffekts mit aufgehobener Besinnungsfähigkeit, raschem Anstieg zur Akme, ohne sonderliche Intensitätsschwankungen, raschem Übergang in Genesung, nach einer den Zeitraum von 12 Stunden zumeist nicht übersteigenden Dauer, und Abschluss des Anfalls durch einen tiefen, mehrstündigen Schlaf, ohne irgend eine Erinnerung an das während des Krankheitsparoxysmus Vorgefallene.“

Schüle (Handbuch der Geisteskrankheiten, Leipzig, 1880) spricht — nach der Auffassung von *Krafft-Ebing* — „von einer Mania transitoria, die sich in einem einmaligen, blitzartig in Szene tretenden und nach wenigstündiger Dauer wieder ablaufenden Anfalle kundgibt.“ Ferner „von einer idiopathischen Cerebralreizung, die sich in ‚einer binnen zwanzig Minuten bis sechs Stunden ablaufenden Seelenstörung äussert‘, plötzlich bei vorher und nachher psychisch Gesunden eintritt, und mit völliger Aufhebung des Selbstbewusstseins und der Erinnerung für die Dauer des Paroxysmus verschwindet. Dieser letztere selbst gestaltet sich nach dem Schema eines Wutanfalls (furor transitorius) oder eines acuten Deliriums mit grosser Verworrenheit, massenhaften Hallucinationen und Illusionen bei aufgehobener Apperception der realen Welt, und schliesst mit dem Nachstadium eines tiefen Schlafes ab.“

Soviel über den Begriff der transitorischen Psychosen, wie ihn obgenannte Autoren geben. Es mag nur noch bemerkt werden, dass die Bezeichnung der transitorischen Psychosen als „Mania transitoria“ oder „transito-

rische Tobsucht“ zum mindesten einseitig und nicht erschöpfend ist. Denn die transitorischen Psychosen sind weder ausschliesslich Manien, noch ausschliesslich Tobsuchten; diese drei Benennungen decken sich nicht als identische Begriffe.

Dauer und Verlauf.

Die Grosszahl der Psychosen treten uns als Wochen, häufiger Monate, ja sogar Jahre lang andauernde Krankheitsprozesse entgegen. Vorboten verschiedenster Art fehlen fast nie und gehen oft lange Zeit der ausgebildeten Krankheit voran. Der Übergang in die eigentliche Psychose ist vorzugsweise ein allmäliger, bisweilen lange vorausgesehener. Der Wechsel in In- und Extensität der Symptome lässt nicht regelmässig ein prononcirtes Stadium acmes erkennen. Der Abfall der Psychose, falls sie in Genesung übergeht, erfolgt gleichfalls in der Regel langsam. Nur nach lange Zeit anhaltender Geistesumnachtung ersteht wieder die frühere psychische Persönlichkeit.

Wesentlich abweichend in obigen Punkten zeigen sich die transitorischen Psychosen. Vor allem fällt auf, dass das Seelenorgan sich nur vorübergehend, auf ganz kurze Zeit, „transitorisch“, in pathologischer Verfassung befindet. Es bringt sonach Krankheitsbilder von entsprechend kurzer, engbegrenzter Zeitdauer zum Ausbruch. 12 Fälle meiner disponiblen Kasuistik bedürfen zu ihrem Ablauf nur wenige, höchstens 24 Stunden. Es betrifft dies vornehmlich die durch Alkohol, epileptische Veranlagung, pathologische Affekte bedingten transitorischen Psychosen. (Vide Fälle IV, V, VI, XII, XIII, XV, XVII, XIX, XX, XXI, XXII; in Fall VII hohes Puerperalfieber.)

Die übrigen Fälle wickeln sich in 2 bis 4 Tagen ab. Fall X scheint mit dem kaum 1 Stunde andauernden Anfall den Abschluss gefunden zu haben. Indes zieht der Wechsel von luciden Momenten mit delirösen Ausbrüchen das Krankheitsbild auf etwa 1 Woche in die Länge. Immerhin ist also die Dauer der transitorischen Psychosen in dem engen Rahmen von Stunden, bis höchstens 4 Tagen begrenzt. Der Fall mit der Dauer von 8 Tagen (X) nimmt als recidivirende transitorische Psychose eine gesonderte Stellung ein, während sich seine einzelnen Anfälle innerhalb des gesetzlichen Rahmens der Zeit nach bewegen.

Ein Vorläuferstadium scheint ganz zu fehlen, oder erstreckt sich nur auf kurze Zeit. Ist ersteres der Fall, so ist der Ausbruch der transitorischen Psychose ein ganz unvermittelter, unvermuteter, plötzlicher, oft geradezu verblüffender, um so mehr, als die Psychose öfters bis anhin ganz intakte psychische Persönlichkeiten befällt, bei denen man nichts weniger als den Ausbruch einer solchen Katastrophe befürchtete. Kaum ist die Krankheit ausgebrochen, hat sie auch schon ihre Acme erreicht. Kein, oder nur ein unmerklicher Wechsel in In- und Extensität der Symptome lässt sich wahrnehmen. Ziemlich parallel dem plötzlichen Ausbruch und der stürmischen Entwicklung zur Krankheitshöhe geht der Abfall. Plötzlich haben wir wieder — als ob nichts vorgefallen wäre — die gleiche psychische Persönlichkeit wie vor dem Anfall vor uns. Belege für obige Auseinandersetzungen bilden besonders die Fälle V, VII, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XX, XXI.

In den übrigen Fällen begegnen wir mehr oder weniger prägnanten prodromalen Erscheinungen. Diese bekunden sich häufig in Symptomen alterirter Ernährung und Zirkulation im psychischen Organ, als: Kopfschmerzen, Schwindel,

gestörter Schlaf, pathologischer Stimmungswechsel, empfindliches, leicht reizbares Wesen, bisweilen auch Verdauungsstörungen, namentlich Appetitmangel. Seltener zeigen sich die Prodromi als inhaltliche Störungen im Vorstellungsleben. So in Fall IV der unmotivirte Wahn ehelicher Untreue. Fall II weist Geister- und Gespensterspuk als solche auf und als Reaktion auf diesen schreckhaften Gedankeninhalt „planloses Umherirren und suiciden Impuls". Gehörshallucinationen, Angst- und Verzweiflungsausbrüche gehen in Fall VIII dem eigentlichen Anfall voraus. Ähnlich auch in Fall XV, wo der peinliche Vorstellungsinhalt in impulsivem Selbstmorddrang nach Entladung trachtet. Ein klassischer epileptischer Anfall in Fall III, schwere fieberhafte Erkrankungen in den Fällen VII, IX, X dürften weniger als prodromale, denn als ursächliche Momente der transitorischen Psychosen aufzufassen sein.

Auch da, wo prämonitorische Störungen vorhanden sind, ist der Ausbruch der Psychose ein explosiver, überraschender, ausgelöst durch einen auf das vulnerable Gehirn plötzlich einwirkenden, intensiven Reiz. Schnell steigt die Krankheit zur Acme an, hält sich einige Zeit auf dieser und klingt mehr oder weniger rasch ab. Bisweilen scheint der Anfall brüske sein Ende erreicht zu haben, man glaubt den psychisch normalen Menschen vor sich zu haben, aber es tauchen von Zeit zu Zeit wieder krankhafte Symptome auf, allerdings blasser, fragmentarer, z. B. Fall IX, und sehr instruktiv Fälle X und XXII.

Ausgang.

In der Regel finden die Krankheitsbilder der transitorischen Psychosen in einem einzigen, zeitlich eng begrenzten Anfall ihren Abschluss. Recidive kommen vor, sind aber

selten und dem originären Anfall ziemlich gleich. (Vide Fall II mit einmaligem, Fall XV mit zweimaligem Recidiv.)

Mit Ausnahme von Fall VII gehen sämtliche Fälle in Genesung über. In diesem Fall mit malignem Puerperalfieber und interkurrenter transitorischer Psychose tritt der Tod 3—4 Tage nach Ablauf der letztern ein und ist wohl einzig dem Puerperalprozess als solchem zuzuschreiben. In den übrigen Fällen, die nicht komplizirt sind mit anderweitigen schweren somatischen Krankheiten, tritt durchwegs rasche, zuweilen plötzliche und auch vollständige Genesung ein. Die Betreffenden handeln wieder wie vor Ausbruch der Krankheit, als ob nichts passirt sei; sie haben eben keine Erinnerung an das Vorgefallene; es besteht für sie eine Lücke in der Existenz des eigenen Ichs. Die plötzliche Restitution zum psychischen Status quo ante kommt in klinisch ganz verschiedenen Krankheitsbildern vor. So folgt in Fall III, einem klassischen epileptischen Anfall, eine transitorische Psychose mit vorübergehend kataleptischen Erscheinungen. Letztere deuten, namentlich wenn noch neuropsychopathische Belastung vorliegt, wie in diesem Fall, auf eine ernstere Störung im Zentralorgan. Gleichwohl kommt Patientin plötzlich zu vollem Bewusstsein, mit bleibender Amnesie für das Vorgefallene. Sie bleibt während der 19tägigen Beobachtung im Spital geistig und körperlich gesund. Sie nimmt während dieser Zeit um 2 Kilo an Körpergewicht zu, und dürfte dieses Faktum für vollständige psychische Genesung beweisend sein. Auch in Fall XII mit epileptoider Störung tritt nach einer ruhig, aber schlaflos verbrachten Nacht völlige Genesung ein. Namentlich in den durch Alkohol ausgelösten transitorischen Psychosen pflegt sofort nach Ablauf des Anfalls Genesung zu folgen. (V, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XX.)

Auch die übrigen Fälle gehen in Heilung über. Das Sensorium hellt sich bald rascher, bald langsamer auf, das Fühlen, Denken und Handeln der Kranken kehrt zur Norm zurück. Sie geben anfangs nach längerem Besinnen, dann aber rasch auf gestellte Fragen richtige Antworten, fangen an zu arbeiten (II), sie sind in gedrückter, oder auch in erregter Stimmung wegen ihres unerklärlichen, nun klar bewusst gewordenen Aufenthalts in der Irrenanstalt (VI, XI). Bisweilen scheint die transitorische Psychose mit Wiederkehr klaren Bewusstseins ihren vollständigen Abschluss gefunden zu haben. Aber dem psychisch freien Intervall folgen noch ein (XXII) oder mehrere hallucinatorische, resp. deliröse Ausbrüche (X), die bald einer totalen Heilung weichen. Hin und wieder hält nach Ablauf des transitorischen Anfalls ein Zustand von psychischer Schwäche an. Die betreffenden Kranken klagen über Kopfschmerz und Schwindel (IV, VIII, XVIII) und erlangen erst mit Zessiren dieser Symptome ihre frühere geistige Frische.

So furibund und bösartig uns oft die transitorische Psychose entgegentritt, so gutartig ist doch in der Regel der Ausgang. Sie gehen mit seltenen Ausnahmen rasch in Genesung über. Auch Recidiven sind selten, bei weitem nicht so häufig wie in irgend einer andern Form von Psychosen. In mehreren Fällen wären die Kranken dem Selbstmord zum Opfer gefallen, wenn nicht rechtzeitig rettende Hülfe stattgefunden hätte (II, XI, XIV, XV, XVIII).

Fassen wir in Kürze das Ergebnis der transitorischen Psychosen in Bezug auf „Dauer, Verlauf und Ausgang“ zusammen, so lässt sich dasselbe in folgende Worte fassen:

„Transitorische Psychosen sind Stunden, bis höchstens 4 Tage andauernde, in der Regel nur als einzelner Anfall auftretende Geisteskrank-

heiten, mit plötzlichem Ausbruch, raschem Anstieg zur Krankheitshöhe, geringem In- und Extensitätswechsel der Symptome, raschem Abfall und Ausgang in Genesung, resp. Übergang in den Status quo ante, mit völliger oder teilweiser Amnesie an den durchgemachten Anfall."

II. Ätiologie.

Wie bei den übrigen somatischen und psychischen Krankheiten, so sind auch bei den transitorischen Psychosen ätiologisch sowohl die prädisponirenden, als auch die accessorischen Ursachen zu berücksichtigen.

Prädisponirende Ursachen.

Hinsichtlich der prädisponirenden oder exponirenden Ursachen ergibt unser statistisches Material folgendes:

Rücksichtlich Geschlecht werden weibliche und männliche Individuen annähernd gleich häufig betroffen. In unsern 22 Fällen kommen 12 auf weibliche, 10 auf männliche Kranke.

Vorwiegend betrifft die Krankheit das kräftige Alter zwischen 20 und 40 Jahren. Zwischen 20—30 erkrankten 7 (= 31,8 %), zwischen 30—40 Jahren 11 (= 50 %). Das Alter von nur 16, resp. 19 Jahren weisen Fälle XXII und III auf, ein solches von 48½, resp. 51 Fälle XIV und IX, also je 9 % der Fälle für das Alter unter 20 und über 40 Jahren.

Auffallend verhält es sich mit der Heredität. Allgemein bekannt ist es, dass diese das häufigste und schwerstwiegende ätiologische Moment bei Entstehung von Psycho-

sen bildet. Nicht so verhält es sich bei den transitorischen Psychosen. Nur 3 Fälle unserer Kasuistik haben mit erblicher Belastung zu tun (II, III, XVIII), und spielt somit diese als ätiologisches Moment keine bedeutende Rolle.

Viele Autoren legen am meisten Gewicht auf epileptische, resp. hystero-epileptische Grundlage. Diese ist aber nicht in dem Masse, wie es behauptet wird, massgebend. In vielen Fällen dagegen handelt es sich um originär abnorm reagirende psychische Konstitutionen, um Menschen von ungewöhnlicher Neigung zu heftigen emotiven Entäusserungen, nach jeder nervösen und gemütlichen Reizung und Verstimmung.

Wohl die wichtigste Grundlage für transitorische Psychosen bilden Zustände von Anämie, besonders erworbener Anämie. Mehr oder weniger ausgesprochen lässt sie sich in allen unsern Fällen nachweisen. Sie kann bedingt sein durch die verschiedensten, namentlich fieberhaften Krankheiten, lang andauernde Verdauungsstörungen, Schlafmangel, Lactation, Blutverluste, geschlechtliche Excesse, rasches Wachstum u. s. w. Als Krankheiten, welche Anämie erzeugen, oder die bereits vorhandene noch steigern, müssen wir verschiedene namhaft machen, als: Neurosen, besonders Epilepsie, resp. Hystero-Epilepsie (II, III, IV, VI, XII, XXI); schwere fieberhafte Erkrankungen, wie Puerperalfieber (VII), tuberkulöse Peritonitis und Darmgeschwüre (IX), Typh. abdom. (X), Pleuritis nach vorausgegangenem Puerperium und grossem Blutverlust (XI), Intermittens (XVIII, XXII?), bestandener Typhus und in Heilung begriffene Pleuritis (XVII), Phthisis pulmon. (XVI); Tabes dorsal. (XIV) u. s. w. Ausgesprochene Anämie und Inanition treffen wir in den Fällen I, V, VIII, bedingt durch lange Zeit fortgesetzte Lacta-

tion, vorausgegangene schwere Erkrankungen (I), abundante Genitalblutungen (V), Überanstrengung bei erheblichem Appetitmangel und gestörtem Schlaf (VIII). Geschwächte Konstitution durch Überanstrengung, heissen Abscess (XIII), oder durch Ausschweifung in alcoholicis et in venere (XIX), rasches Wachstum und häusliche Sorgen (XX) bieten hinlängliche Kriterien zur Annahme einer beziehungsweisen körperlichen Schwäche und Inanition, die als solche wieder deletär das Seelenorgan beeinflussen.

Wir sehen aus diesen Erörterungen, dass sozusagen in den meisten Fällen, auch in denen, in welchen epileptische Grundlage, oder originär abnorm reagirende psychische Konstitutionen vorliegen, auch noch eine mehr oder weniger ausgesprochene, zuweilen hochgradige erworbene Anämie oder Inanition vorhanden ist. Diese dürfte denn auch das wichtigste ätiologisch prädisponirende Moment bei der Entstehung transitorischer Psychosen sein.

Accessorische Ursachen.

Es frägt sich nun, ob das prädisponirende Moment für sich allein genügt, um die transitorische Psychose zum Ausbruch zu bringen, oder ob eine Gelegenheitsursache hiezu nötig ist?

Darüber erhalten wir aus den Krankengeschichten folgenden Aufschluss:

In 7 Fällen unserer Kasuistik ist Alkoholgenuss das die transitorische Psychose auslösende Agens (V, XIII, XV, XVI, XVII, XIX, XX). Dazu tritt noch gemütliche Erregung, Streit (V, XVI, XVII); Einwirkung grosser Hitze (XIII, XX).

Starke gemütliche Erregungen (Affekte), besonders Streit, Ärger, Kummer, Sorge, treffen wir als Gelegenheitsursachen in den Fällen I, IV, VI, XII, XIV. In glei-

cher Weise wirkt der Eintritt der Menses (III, I, IV) und Überanstrengung, Schlaf- und Appetitmangel (II, VIII, XXI), beginnendes Puerperalfieber (VII, XI, zugleich häuslicher Kummer und Sorge), Möglichkeit einer Intermittens (XVIII, XXII), plötzliche, erhebliche Temperatursteigerung bei Darmtuberkulose (IX), sind ebenfalls als accessorisch wirkende Schädlichkeiten zu taxiren. Eine Sonderstellung dürfte Fall X einnehmen.

Patientin liegt an Typh. abdom. krank, unter hohem Fieber, verhält sich aber ganz ruhig. Nun bekommt sie auf einmal 6,0 Natr. salicyl. Zwei Stunden nach Einwirkung des Medikaments bricht plötzlich und unvermutet die transitorische Psychose aus, offenbar in Folge toxischer Wirkung des Natr. salicyl.

Als Gelegenheitsursachen hätten wir also — um nochmals zu rekapituliren — folgende zu verzeichnen: Alkohol-Einfluss (am häufigsten); starke gemütliche Erregungen (Affekte) und Eintritt der Menses; Überanstrengung, beginnendes Puerperalfieber und plötzliche Temperatursteigerung bei vorhandener Fieberkrankheit, Möglichkeit einer Intermittens, und endlich Intoxikation durch Natr. salicyl.

Es entstehen sonach die transitorischen Psychosen durch Zusammenwirken von prädisponirenden und occasionellen Ursachen. Wirken diese accessorischen Momente shokartig auf das durch die prädisponirenden Ursachen geschwächte, vulnerable Gehirn, so folgt meist unvermutet, plötzlich die transitorische Psychose mit ihren furibund in die Erscheinung tretenden, sich im Verlauf stürmisch abwickelnden Symptomen. Welches diese Symptome sind, soll im folgenden Abschnitt behandelt werden.

III. Symptome.

Im allgemeinen geht den Psychosen ein mehr oder weniger charakteristisches Prodromalstadium voran, das oft lange Zeit andauert, bevor die eigentliche Psychose in die Erscheinung tritt. Wie wir im Kapitel über Dauer und Verlauf gesehen, ist dies bei den transitorischen Psychosen nicht der Fall. In vielen Fällen fehlt ein Vorläuferstadium ganz, oder es ist, wenn ein solches vorkommt, von ganz unbestimmter, nicht charakteristischer, oft scheinbar belangloser Färbung. In der Regel treten die Symptome gleich im Beginn der Erkrankung in der grössten Heftigkeit auf, um ebenso rasch wieder abzufallen oder wenigstens nach einigen Tagen anhaltender pathologischer, psychischer und somatischer Reizbarkeit in Genesung überzugehen. Die Krankheitsbilder wickeln sich bald nach dem Typus des Zornaffekts (furor) ab, der häufig gemischt ist mit Affekten der Furcht und Angst, bald als Anfälle acuter hallucinatorischer Verworrenheit, hallucinatorischen Delirs- oder als Stupor-Paroxysmen. Die Symptome der transitorischen Psychosen sind nicht ausschliesslich psychische, sondern auch mannigfache somatische und wollen wir sie nach dieser Reihenfolge abhandeln.

Psychische Symptome.

Geistige Aufregung.

Konstant treffen wir bei den transitorischen Psychosen eine mehr oder weniger hochgradige geistige Aufregung, die namentlich in der psycho-motorischen Sphäre zum Ausdruck gelangt. Die Aufregung tritt vornehmlich bei Zornaffekten ganz plötzlich, oft durch nichts, oder nur durch unbedeutende Streitigkeiten, Neckereien motivirt, in

die Erscheinung, und zwar in der heftigsten, höchstgradigen Weise. Sehr ausgesprochen finden wir dies Verhalten in Fall XVI. Der durch lange Zeit andauernde konsumirende Krankheit äusserst geschwächte Kranke gerät nach einem unbedeutenden Streit in wildeste Aufregung, wirft das Kaffeegeschirr zu Boden, verunreinigt Bett und Zimmer, schimpft und tobt, bis er gebändigt wird. Ähnlich ist Fall XVII. Auf eine blosse Neckerei hin fängt der Rekonvaleszent an mit den Zähnen zu knirschen, stürmt erregt im Zimmer auf und ab, gestikulirt, schreit, verteidigt sich, prahlt im gehobenen Kraftgefühl, beisst, kratzt, schlägt unter Verwünschungen um sich, und kann nur mit grosser Mühe bewältigt und unter eine Douche gebracht werden. Massloses Schimpfen und Schlagen (V), vom Bett weg springen, auf den Tisch schlagen, Versuche zum Fenster hinauszuspringen (VI), finden ihr Motiv in zornigen Auftritten. Lautes Singen, Schreien, Toben, Misshandeln, Zerstören (X), Abfeuern eines Schusses, Drohen, Schlagen, Toben (XIX), sich Wehren, um sich Schlagen, Drang fort zu gehen (XX, XXII), sind ganz grundlose, durch nichts motivirte, wutartige Erregungen.

Auch für die Fälle acuter hallucinatorischer Verworrenheit, hallucinatorischen Delirs ist die Aufregung charakteristisch. Planloses Herumdämmern, anhaltende Unruhe, peinliche Hast beim Essen, zwangsmässiges Zupfen an der Bettdecke, Auseinanderlegen und Falten des Leintuchs (II), schimpfen, lärmen, Drang fortzugehen (III), herumspringen im blutigen Hemd, sich verbergen wollen, Versuch das Bett anzuzünden (IV), lautes Beten, Singen (VII), sind Ausdruck innerer Unruhe und Erregung. Analog verhält es sich in den übrigen Fällen (VIII, IX, XII, XIII, XIV, XV, XXI). Die Kranken finden nirgends Ruhe, machen

Angriff-, Flucht- und bisweilen sogar Selbstmord-Versuche (XIV, XV, XVIII), alles Symptome hochgradiger Erregung.

Affekte.

Die Aufregungen sind emotifer Natur, von Affekten begleitet oder getragen. Es sind entweder Affekte des Zorns, Ärgers (IV, V, VI, XIII, XVII, XXI), oder die depressiven Affekte von Furcht, Angst, Schreck, von Trauer, Kummer, Sorge (II, III, VIII, IX, XI, XII, XVIII). Aus den Krankengeschichten ist leicht ersichtlich, dass der Aufregungszustand in einer, dem Affekte entsprechenden Färbung sich zeigt. Besonders explosiv und intensiv finden wir die Aufregung in den Fällen mit Affekten des Zorns, Ärgers; langsamer in der Entwicklung und nicht so stürmisch im Verlauf in den Fällen, wo depressive Affekte mit im Spiele sind, die sich in der Regel nicht plötzlich und unverhofft auf voller Höhe kundgeben.

Verwirrung.

Verwirrung ist ein bei den transitorisch psychisch Erkrankten konstant vorkommendes Symptom. Sie findet ihren Ausdruck in den abrupten, unverständlichen, oft zusammenhanglosen Reden und analogen Handlungen, die den verworrenen, mit Delirien und Hallucinationen einhergehenden Vorstellungen entsprechen. So tritt beispielsweise in Fall I abrupt eine heftige Erregung ein, mit maniakalisch-ideenflüchtigem, verworrenem Charakter. Die Kranke erzählt mit ideenflüchtiger Schnelligkeit ihre häuslichen Erlebnisse. Ihr Redestrom ist kaum zu leiten und zu beeinflussen, sie kommt auf alle möglichen Dinge zu sprechen, kann nur schwer und nur für kurze Zeit aufs eigentliche Thema gelenkt werden.

In verworrenen, auffallenden Reden ergeht sich die Kranke in Fall II. Verwirrtheit macht sich geltend in

ihren Handlungen. Bisanhin hat sie den Dienst zur Zufriedenheit versehen, nun wird sie störrisch, untauglich zu den dienstlichen Verrichtungen, und rennt planlos, dämmerhaft umher. In dieser oder einer ähnlichen Weise macht sich die Verwirrung auch in allen andern Fällen geltend.

Delirien, Hallucinationen.

Fernere und fast nie fehlende Erscheinungen bei den transitorischen Psychosen sind Delirien und Hallucinationen. Sie sind in der Regel ängstlichen, schreckhaften Inhalts. Der Kranke sieht sich verfolgt von Personen, von Tieren, man will ihm etwas antun. Er delirirt von Vergiftung, vom Sterben, Totschlagen, faselt von Gespenstern, Geistern und findet in diesem pathologisch schreckhaften, qualvollen Bewusstseinsinhalt keine Ruhe. Dabei ist es unmöglich, besänftigend auf den Kranken einzuwirken, sie kehren sich nicht daran, werden gegenteils noch erregter.

Bewusstseinsstörung.

Es macht uns dies Verhalten auf ein anderes, für die transitorischen Psychosen klinisch sehr wichtiges Symptom aufmerksam, nämlich auf die „Bewusstseinsstörung“. Der Grad derselben ist in den verschiedenen Fällen ein verschiedener. Benommenheit im höchsten Grad macht sich namentlich geltend in den Fällen mit epileptischer Basis, in unserer Kasuistik besonders eklatant in den Fällen II, III, XII, XVIII, XXI, XXII? Aber auch in den übrigen Fällen ist eine mehr oder weniger hochgradige Benommenheit des Sensoriums bis zur völligen Aufhebung desselben vorhanden, wie in den Fällen X, XIII, XV, XX. Nur wenig alterirt scheint das Bewusstsein in den Fällen XIV, XVI, XVII, XIX. Dem Grade der Benommenheit entsprechend,

verhalten sich die Perception und Apperception. Wohl sind die Kranken im Stande zu percipiren; sie sehen und hören, was um sie vorgeht, haben aber kein Verständnis davon. Versuche der Beruhigung steigern nur um so stärker die Affekte. Es rührt dies offenbar davon her, dass das Bewusstsein der Kranken durch intensive innere Vorgänge, durch subjektive Sinneserscheinungen, Sinnestäuschungen und davon abhängige verworrene Delirien und vereinzelte Wahnvorstellungen vollständig beansprucht ist. Es kann somit von einer richtigen Apperception nicht die Rede sein. Dieselbe ist entweder unmöglich, oder sie entspricht gefälschten, verworrenen, dem jeweiligen Bewusstseinsinhalt entsprechenden Vorstellungen, die wiederum als solche — unkorrigirt — nach aussen projicirt werden. Dies Verhalten erklärt uns auch die mangelhafte, bis ganz aufgehobene Orientirungsfähigkeit der Kranken. Sonst nahe stehende Personen, die nächsten Angehörigen sogar, werden feindlich verkannt und misshandelt; Gegenstände werden sinn- und zwecklos demolirt, es waltet keine Rücksicht auf Zeit, Ort und Umgebung, die Kranken fassen eben ihre Beziehungen zur Aussenwelt, dem krankhaft gefälschten Bewusstseinsinhalt entsprechend, falsch auf, sie sind nicht bei sich. Ihre Handlungsweise erhält eine traumartig verworrene, delirös-hallucinatorische Färbung.

Erinnerungsstörung.

Der beste Beweis und zugleich ein genauer Gradmesser für die überstandene schwere Bewusstseinsstörung ist das Verhalten der Erinnerung nach dem Anfall. Entweder haben die Kranken vom Beginne bis zum Ende des Anfalls jede Erinnerung verloren, oder sie können sich höchstens ganz summarisch an die Vorkommnisse der Krank-

heit erinnern. So sehen sich die Kranken bei Wiederkehr der geistigen Klarheit erstaunt um, der Ortswechsel, die neue Umgebung sind ihnen unerklärlich. Man macht sie aufmerksam auf den stattgehabten Auftritt, auf die Dauer desselben, sie wissen nichts davon. Selbstbewusstsein, Zeit- und Ortsbewusstsein waren eben aufgehoben, es besteht völlige Amnesie. In unserer Kasuistik findet sie sich in den Fällen III, VI, IX, X, XI, XII, XV, XVIII, XXI, XXII. Auch in den andern Fällen ist das Bewusstsein mehr oder weniger getrübt und die Erinnerung eine dementsprechend defekte, lückenhafte, „teilweise Amnesie". Die geistige Form des Empfindens — denn als solche ist das Bewusstsein aufzufassen — ist während des Krankheitsanfalls nicht so intensiv, dass das eigene Ich sich völlig klar werden kann, dass es sich zum lichten Zeit-, Ortsbewusstsein etc. erheben könnte. Die Handlungen entsprechen daher nicht den wirklichen Verhältnissen, den normalen Motiven, sie sind uns unverständlich, unerklärlich, da sie fast ausschliesslich durch subjektive Vorgänge vermittelt und geleitet werden, sie erhalten ein loses, verworrenes, traumhaftes, oder zweck- und sinnloses Gepräge, z. B. Fälle I, IV, V, XIV. Manchmal machen sich dazwischen bei den Kranken mehr oder weniger lucide Momente geltend, wobei schwer zu unterscheiden ist, was im Krankheitsbilde dem luciden, was dem gestörten Geistesleben angehört. Besonders Fall XIX ist dadurch unklar. Der Kranke handelt scheinbar bewusst und geflissentlich, aber dabei grundlos und nicht planmässig. Dass auch in diesem Fall eine Bewusstseinstrübung vorliegt, ist aus Abschnitt II ersichtlich.

Es erübrigt uns noch, auf ein, bei den transitorischen Psychosen sehr in- und extensiv in die Erscheinung tretendes psychisches Symptom hinzuweisen, auf die

„gewalttätigen Handlungen".

Sie kommen ohne Direktive bewussten Wollens zu Stande, finden vielmehr ihre Auslösung in dem inhaltlich durch Affekte, Delirien, Hallucinationen krankhaft afficirten, resp. occupirten Bewusstsein. Ihre Entstehungsweise ist somit vorzugsweise eine reflektorische, es sind Affekthandlungen, mit entsprechenden Reaktions-Phänomenen. Die Gewalttaten beziehen sich entweder auf das persönliche, krankhafte Ich, oder auf die Umgebung. Immer ist es ein beängstigender, qualvoller, peinlicher Seelenzustand, der nach Entäusserung, nach Entladung trachtet. Mit aller Macht suchen sich die Kranken der geistigen Fessel zu entledigen, sie planen Selbstmord und setzen ihn auch in Szene (XVIII, XV, XIV, XI, II), oder sie machen sich Luft in der Zerstörung von Gegenständen, sie schlagen wütend, blindlings um sich, greifen die Umgebung in feindlicher Absicht an, misshandeln, beissen, kratzen, schlagen, wer sich ihnen nähert (V, X, XII, XIII, XVI, XVII, XIX, XX, XXII). Dass diese gewalttätigen Handlungen häufig nicht so zur Ausführung kommen, wie sie inszenirt werden, ist nur der vereitelnden Dazwischenkunft anderer zu verdanken, zum eigenen Schutz, oder zur Abwehr der Gefahr für die Kranken. Wir sehen, die psychischen Symptome der transitorischen Psychosen sind sehr mannigfache, eigenartige und zugleich charakteristische, wie sie eben nur diese Gruppe von Psychosen aufzuweisen hat.

Somatische Symptome.

Wir haben nun noch die somatischen Symptome zu besprechen, die allerdings nicht so konstant, so charakteristisch und prägnant sind, wie die psychischen.

In manchen Fällen ist der Kopf der Kranken stark gerötet, erhöht warm, ein Zeichen von Fluxion nach dem Kopfe (II, VI, X, XIII, XVIII), in andern Fällen zeigt sich erhebliche Blässe, Kühle (I, V, XI, XVII, XX), während *Krafft-Ebing*, *Schwartzer* u. a. die Anfälle auf heftige plötzliche Kopffluxionen zurückführen. Es handelt sich dabei in der Regel nur um symptomatische Kongestionen, nicht um idiopathische. Diesbezügliche Angaben für die übrigen Fälle fehlen.

Die Herztätigkeit, der Puls sind häufig verstärkt, vermehrt, gereizt, beschleunigt (I, II, VI, VII, X, XVI, XVIII), selten klein, schwach (IV, XVII).

Über Respiration mangeln in unserer Kasuistik nähere Notizen. Sie dürfte den Krankheitsbildern entsprechend eine oberflächliche, beschleunigte, oft eine krampfhafte, stossweise sein (XII, XVI).

Die Pupillen weisen in der Mehrzahl der Fälle keine Differenz auf. Ungleich erweitert, starr sind sie in den Fällen XIV, XVII.

Was den Schlaf anbelangt, so ist derselbe durchwegs gestört. Es tritt entweder gar kein Schlaf ein, oder er ist unruhig, oberflächlich und muss durch Narcotica herbeigeführt werden. Ruhigen, sogar tiefen, festen Schlaf nach Ablauf der Krankheit beobachten wir in den Fällen X, XV, XVII, XX, XXII.

Die motorischen Störungen zeigen sich besonders häufig in den Gesichtszügen. Der Blick ist auffallend stechend, steif, starr, ängstlich (I, VI, IX, XI, XII, XIII, XVIII, XXI). Vereinzelt beobachten wir Augenrollen, krampfhaftes Öffnen und Schliessen der Augenlider (XII), mitunter Zuckungen der Extremitäten (XII), des ganzen Körpers (XVIII), Krämpfe mit abwechselnd clonischem und

kataleptischem Charakter in den Armen (III), Würgbewegungen (XII), Zähneknirschen, sonderbare Gesten (XVII), Ausspucken, sich schnäuzen (II). Anderweitige motorische Störungen fehlen.

Diagnose.

Die Diagnose auf transitorische Psychosen dürfte nach den Mitteilungen über Dauer, Verlauf, Ätiologie, und unter speziellem Hinweis auf die charakteristischen Symptome, unschwer zu stellen sein.

Dass die transitorischen Geistesstörungen in Anstalten nur selten zur Beobachtung kommen, hat seinen einfachen Grund in der kurzen Dauer des Anfalls. Öfters aber dürften Fälle transitorischer Psychosen in der Privatpraxis vorkommen. Wie wichtig es werden kann, dass der Arzt die richtige Diagnose stelle, erhellt unschwer daraus, dass die im transitorischen Anfall begangenen Handlungen nicht selten zu gerichtlichen Untersuchungen Veranlassung geben. Man denke sich nun die Zeugen eines solch furibunden Auftritts nur aus Laien bestehend! Sie taxiren die Handlungen als bei klarem Bewusstsein und mit Überlegung begangene, sie fordern Sühne für die Schuld, sie rufen den Richter an. Da ist es denn die wichtig ernste Aufgabe des Arztes, den Fall klarzulegen, als Retter aufzutreten für einen unglücklichen Kranken, den Richtern gegenüber als Warner vor ungerechtem Urteilsspruch.

Die Würdigung der Antecedentien, die Art und Weise des Ausbruchs der Krankheit, die Untersuchung der nähern Umstände der Tat, das Gebahren des Kranken nach der Tat, mit besonderer Berücksichtigung der Erinnerung, bieten dem Arzte hinlängliche Kriterien zur Beurteilung des Falles. Dass die im Zustand transitorischer Geistesstörung

begangenen Handlungen nicht den gleichen Strafbestimmungen unterliegen können, wie sie für geistig Gesunde in Anwendung kommen, braucht kaum gesagt zu werden. Haben ja an sich die Gesetzgebungen diese Fälle als Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit oder Sinnenverwirrung, bei denen die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben ist, hingestellt.

IV. Systematische Stellung der transitorischen Psychosen.

Wir werden uns in diesem Abschnitt darüber aussprechen: „Gibt es überhaupt idiopathische transitorische Psychosen im Sinne der ältern Psychiatrie und forensen Medizin, welche Ansicht *Krafft-Ebing* und *Schwartzer* jetzt noch vertreten, oder sind alle Fälle ausschliesslich symptomatische Äusserungen verschiedener Grundlagen?“

Darauf erhalten wir aus unsern Krankengeschichten die bestimmte Antwort, dass sämtliche Fälle ausnahmslos symptomatischer Entstehung sind. Welcher Art diese Grundlagen sind, sollen nachstehende Erörterungen darlegen.

In vielen Fällen entsteht die transitorische Psychose auf dem Boden einer Neurose, speziell der Epilepsie oder Hystero-Epilepsie. Es betrifft dies die Fälle II, III, VI, XII, XXI, (XXII?). Gleichzeitig sind vorhanden neuralgische Schmerzen in Hüfte und Knie (II), ausgesprochene Anämie (VI, XII).

Intoxikation durch Alkohol (in Fall X durch Natr. salicyl.) liegt vor in Fall XIII (einhergehend mit Fieber, in

Folge heissen Abscesses), XV, XVI (bei bestehender Tuberculose und Pleuritis), XVII, XIX und XX (nach vorausgehender intensiver Sonneneinwirkung).

Schwere fieberhafte Erkrankungen treffen wir in einer Grosszahl von Fällen. (VII, IX, X, XI, XVI, XVII.)

Ausgesprochene Anämie und Inanition weisen die Fälle I, IV, V, VI, XII auf.

Beispiele transitorischer Psychosen als Ausdruck pathologischer Affekte (Kummer, Sorge, Angst, Schreck) bieten uns die Fälle VIII und XIV. In Fall VIII liegt zudem noch körperliche Schwäche und in Fall XIV lange bestehende Tabes dorsualis vor.

Wie wir in der Ätiologie auseinandergesetzt, liegt sozusagen allen Fällen eine mehr oder weniger hochgradige Anämie oder Inanition zu Grunde. Will man diese auch nicht für alle Fälle als ausreichendes Substrat in der Genesis der transitorischen Geistesstörungen gelten lassen, so dürften sich bei genauer Beobachtung und Untersuchung wohl für jeden speziellen Fall noch anderweitige psychische und namentlich somatische Substrate auffinden lassen. Als solche haben wir für unser Material nach obigen Angaben namhaft zu machen:

a) Neurosen, speziell Epilepsie, resp. Hystero-Epilepsie.
b) Intoxikationen durch Alkohol und in Fall X durch Natr. salicyl.
c) Fieberzustände und einmal Sonnenhitze (XX).
d) Ausgesprochene Anämie und Inanition.
e) Pathologischen Affekt.

Wir haben keinen einzigen Fall zu verzeichnen, in welchem nicht das eine oder andere Moment, oder mehrere zugleich, als Grundlage konstatirt werden könnten. Eine

körperliche und beziehungsweise geistige reizbare Schwäche, wie oder durch was sie auch hervorgerufen sein mag, liegt jedem Krankheitsfalle unter.

Herr Prof. *Wille* macht mich speziell darauf aufmerksam, dass er öftere Fälle „transitorischer Psychose" bei chronischen Geisteskranken beobachtete, die bei ihrer Umgebung als geistig-gesunde Menschen galten. Es waren dies insbesondere Fälle von chronischer Dysthymie, chronischer Melancholie und Paranoia, bei denen erst die Anstaltsbeobachtung den Bestand der Geistesstörung konstatirte. Es darf in dieses Gebiet auch Fall IV gerechnet werden, da diese Frau längere Zeit vor und nach ihrem transitorischen Krankheitsanfall an Eifersuchtswahn gelitten hat. Dem letztern ganz analoge Fälle sind auch später von Prof. *Wille* beobachtet worden. Wenn, was oft geschehen sein wird, die zu Grunde liegende chronische Psychose nicht diagnostizirt wird, imponiren solche Fälle als Typen transitorischer Psychose.

Wenn *Krafft-Ebing* und besonders *Schwartzer* jetzt noch den Standpunkt vertreten, dass neben den transitorischen Psychosen auf Grundlage von Epilepsie, Hysterie oder Neuralgie, in Folge von toxischer Wirkung, fieberhafter Erkrankung und Anämie, sodann von pathologischer Affektwirkung auch noch solche ohne bekannte Grundlage, dass also neben den symptomatischen auch idiopathische Fälle vorkommen, so erfährt diese Ansicht durch Sichtung unserer einschlägigen Kasuistik eine Widerlegung, respektive eine Berichtigung, dahin lautend:

„Es gibt keine idiopathischen transitorischen Psychosen, alle hiehergehörenden Fälle sind ausschliesslich symptomatische Äusserungen ver-

schiedener Grundlagen, sind symptomatische Krankheitsbilder.“

Wenn einzelne Fälle durch die oben angegebenen pathogenetischen Momente ihre Erklärung nicht finden, so beruht dies darauf, dass die Umstände der Fälle nur die genauere Einsicht in die Pathogenese nicht gestatten. Wir sind deshalb aber nicht berechtigt, eine eigene, klinisch selbständige Krankheitsgruppe aus ihnen zu bilden.

Vorliegende Arbeit verfolgte als Hauptzweck, den Beweis dafür zu leisten, dass die transitorischen Psychosen nur symptomatischer Entstehung sind. Zugleich mag die Abhandlung dazu dienen, dem praktischen Arzte eine Gruppe eigenartiger Irreseinszustände in Erinnerung zu bringen, deren Kenntnis im speziellen Falle von grosser Wichtigkeit sein kann.

Meinem hochgeehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. *L. Wille* in Basel, sei der wärmste Dank ausgesprochen für Überlassung des Materials und für die gütige Anregung und Mithülfe bei vorliegender Arbeit vom

Verfasser.

Benutzte Literatur.

1. *Casper*, Handbuch der gerichtlichen Medicin. Berlin 1871.
2. *Krafft-Ebing*, Lehrbuch der Psychiatrie. II. Aufl. Wien 1883.
3. *Krafft-Ebing*, Transitorische Störungen des Selbstbewusstseins. Erlangen 1868.
4. *Schwartzer*, Dr. *Otto*, Die transitorische Tobsucht. Wien 1880.
5. *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1880.
6. Dr. *Th. Meynert* u. Dr. *J. Fritsch*, Jahrbücher für Psychiatrie (III. Band, I. und II. Heft, Wien 1881; VI. Band, I. Heft, Wien 1885).
7. Prof. *L. Wille*, Correspondenzblatt für Schweiz. Ärzte.